FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959 N°

THESE

366

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D' ETAT)

PAR

MERIGNARGUES, GABRIEL

Né le 18 Juillet 1928 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE DANS LE CADRE D'UNE SECTION ADMINISTRATIVE SPECIALISÉE EN ALGERIE

Président : Monsieur le Professeur L. BRUMPT

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNEE 1959 N°

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D' ETAT)

PAR

MERIGNARGUES, GABRIEL

Né le 18 Juillet 1928 à COURBEVOIE (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le

ASSISTANCE MEDICALE GRATUITE DANS LE CADRE D'UNE SECTION ADMINISTRATIVE SPECIALISÉE EN ALGERIE

Président : Monsieur le Professeur L. BRUMPT

R. VEZIN - 48, rue de la Santé - PARIS

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

15 - 3 - 58.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BERARD (H.), BROCQ (P.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (Et.), CHAMPY (C.), CHEVALLIER (P) DEBRE (R.), DONZELOT (E.), GASTINEL (P.), GUILLAIN (G.), HALPHEN (E.), HARVIER (P.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LARIOCHE (G.), LAUBRY (Ch.), LEMAITRE (F.), LEVY-SOLAL (E.), LHERMITTE (J.), LIAN (C.), LOEPER (M.), MARION (G.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MULON (P.), OLIVIER (E.), RICHET (Ch.), STROHL (A.), TANON (L.), VEITER (E.)

DOYEN . . . . . Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESSEUR . . . . Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS :

		MM.
Anatomie		CORDIER (G.)
Anatomie pathologique		DELARUE (A.)
Anesthésiologie		BAUMANN (J.)
Bactériologie		FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale		JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports		CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale		FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale		BERNARD (J.)
Clinique cancinologique		REDON (H.)
Clinique de cardiologie		MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales :	Beaujon	SICARD (A.)
	Cochin	GUERIN (J.)
	Hotel-Dieu	MENEGAUX (G.)
	Salpétrière	MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire		de GAUDART-d'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie		FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire		MATHEY (J.)
Clinique génétique médicale		LAMY (M.)
Clinique gynécologique		FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants		CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux		ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais	de GENNES (L.)
	Cochin	MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique		DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique		PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition		BOULIN (R.)

		MM.
Clinique de neuro-chirurgie		PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	LACOMME (M.)
	Port-Royal	VARANGOT (J.)
	Tarnier	LANTUEJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique		RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique de pédiatrie sociale		MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie		BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile		MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture		LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		SOULIE (P.)
Histologie		VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance		TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail		DESOILLE (H.)
Parasitologie		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnes)		MERKLEN (P.)
Pathologie médicale		DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (J.)
Pharmacologie et matière médicale		CHEYMOL (J.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		DOGNON A.
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		PATEL (J.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES.

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.) pr. s. ch.
	CABROL (C.)
	DEBEYRE (J/)
	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Melle P.)
	BUSSER (F.) pr. ch.
	GOUYGOU (Ch.)

	MM.
Anesthésiologie	N... N...
Bactériologie	HAUDUROY (P.) pr.s.ch. (dét.) NEVOT (A.) pr.s.ch. CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.) BARBIER (P.)
Biochimie médicale	ETTORI (J.) pr.s.ch. (dét.) DESGREZ (P.) pr. s. ch. POLONOVSKI (J) SCHAPIRA (G.)
Bio logie médicale	BOURLIERE (F.)
Carcinologie	N... N...
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	N...
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
Hématologie	N... N...
Histologie	COUJARD (R.) pr.s.ch. N.... N....
Hydrologie	CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr.s.ch. DEPARIS (M.) pr. s. ch.
Maladies Infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine légale	DEROBERT (L.) pr.s.ch. GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)
Neurologie	LHERMITTE (F.)
Obstétrique	GRABSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.) BERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Ophtalmologie	BREGEAT (P.) DESVIGNES (P.)
Orthopédie	JUDET (R.)
Oto-rhino-laryngologie	AUBRY (M.) MADURO (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.) pr.s.ch. CHABAUD (A.)
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) pr.s.ch. (dét.) ABOULKER (P.) BARCAT (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.)

MM.

Pathologie chirurgicale	FLABEAU (F.) GERMAIN (C.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE J.M. N... N...
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Pathologie médicale	HAGUENAU (J.) pr.s.ch. BOUDIN (G.) BOUVIER (J/B.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) CASTAIGNE (P.) CONTE (M.) DEROT (M.) DOMART (A.) LAMOTTE (M.) LAROCHE (C.P.) MACREZ (Cl.) MILLIEZ (P.) PEQUIGNOT (H.) RAMBERT (R.) ROYER (P.) THIEFFRY (St.) TURIAF (J.) WOLFROMM (R.) N.... N....
Pédiatrie	JOSEPH (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKY (Cl.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.) pr.s.ch. N....
Physiologie	BARJETON (D.) pr.s.ch. PARROT (J.) pr.s.ch. DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.) N....
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	N...
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme. A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) PERRAULT (M.)
Urologie	KUSS (R.)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE (A.) HUGUIER (J.) LEGER (L.) PADOVANI (P.) ROUX (M.)
Clinique médicale	DREYFUS (Gilbert) KOURILSKY (R.)
Clinique neurologique	de SEZE (S.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.)
Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)

==========

Secrétaire général de la Faculté	M. MOREL (J.)
Secrétaire	Melle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.M.)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.) LE NOIR (G.), QUIEVREUX (D.)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

==========

A la mémoire de Mademoiselle Anne - Marie S C H M U T Z

A MA FEMME,

A MES ENFANTS,

A MES PARENTS,

A MON FRERE,

A MES AMIS.

A NOTRE MAITRE :

Monsieur le Professeur L. B R U M P T,

Professeur à la FACULTE de MEDECINE de PARIS,

Qui nous a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse

Il nous a inspiré ce travail et nous a
fait bénéficier de ses précieux
conseils,

HOMMAGES RESPECTUEUX

A MES MAITRES D'EXTERNAT :

Monsieur le Docteur S O U P A U L T,

Monsieur le Professeur B O U L I N,

In Memoriam

Monsieur le Docteur H I L L E M A N D,

Monsieur le Docteur B R O C A R D,

Monsieur le Docteur G R O S S I O R D,

A Monsieur le Professeur L A V I E R,

Professeur de Médecine Tropicale

Au Lieutenant Manuel C O N E J E R O

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Officier des Affaires Algériennes de grande valeur,

Et à tous les Goumiers de la S. A. S. de Wagram,

Mes Amis ..

I N T R O D U C T I O N

Le travail que nous présentons ici n'est pas un travail scientifique solidement étayé par toutes les garanties de la rigueur médicale moderne. L'indigence quasi-totale des examens paracliniques, sans lesquels on ne conçoit plus de médecine correcte, est manifeste.

Il ne s'agit pas, non plus, d'une enquête précise et détaillée munie de statistiques irréprochables, comme en pratiquent couramment des organismes plus qualifiés que nous, comme l'Institut Pasteur.

Nous n'avions, en effet, à notre disposition aucun moyen technique d'investigation qui nous eut permis de poser des diagnostics précis, d'entreprendre des soins strictement appropriés.

Nous n'avions, d'autre part, ni les loisirs, ni la possibilité matérielle et vitale de poursuivre régulièrement la surveillance de thérapeutiques prolongées, de pratiquer des enquêtes sérieuses et approfondies au sein des populations parfois méfiantes, toujours inquiètes et de consigner constamment par écrit toutes nos remarques.

Totalement isolés, de plus, sur le plan professionnel, nous n'avons bénéficié que rarement, et d'une manière très épisodique, de l'expérience et de l'appui de confrères éloignés. Notre seul soutien, en dehors de nos connaissances relatives accumulées au cours de dix ans de Faculté, d'Externat, de remplacements, fut notre bon sens auquel nous fîmes appel le plus souvent possible dans la mesure où il ne nous trahit pas.

Il est en effet aisé, dans une certaine mesure, de mobiliser tout notre bon sens dans une atmosphère chaude et tranquille du cabinet de travail où le souci d'un diagnostic exact demeure notre seule préoccupation. La réflexion, le jugement présentent par contre plus de difficulté, et d'insuffisance surtout, lorsque l'esprit est constamment assiégé par de basses considérations de sécurité personnelle.

L'insuffisance de moyens d'investigation, l'isolement professionnel, l'insécurité, voilà les trois raisons qui nous empêchent de présenter ici un travail médical scientifiquement valable, trois obstacles qui ont fixé d'emblée les limites de notre action et de nos résultats.

Nous nous proposons donc ici simplement d'exposer avec sincérité nos remarques personnelles, tirées de quatorze mois d'expérience d'Assistance Médicale gratuite dans le cadre médico-social d'une S.A.S. d'Algérie.

Notre exposé ne vise aucun but politique et ne préjuge en rien de l'avenir de la "politique de pacification" actuelle. C'est un rapport personnel sur les conditions d'exercice et les résultats obtenus dans le cadre de l'A.M.G. à un moment donné, en un lieu donné de l'Algérie en proie à l'insécurité et à la guerre.

P L A N G E N E R A L

I.- LE MILIEU
- Epoque de notre séjour
- Région
- Climat
- Géographie humaine et économique :
  1.- Population
  2.- Religion - langue
  3.- Habitation et genre de vie
  4.- Vêtement
  5.- Artisanat local
  6.- Ressources - Niveau de vie - Alimentation
- Conséquence du milieu sur le plan médical.

II.- LE CADRE DE NOTRE ACTION : la S.A.S.
- Moyens mis à notre disposition
- Notre activité en général.

III.- LE CLIMAT PSYCHOLOGIQUE

IV.- LES LIMITES DE NOTRE ACTIVITE

V.- LES RESULTATS :

A.- Résultats globaux.

B.- Différentes affections :
1.- Ophtalmologie.
2.- Dermatologie
3.- Gastro-entérologie
4.- Autres affections :
- affections pulmonaires et tuberculose
- les maladies infectieuses,
- les affections vénériennes
- le problème du paludisme
- les différents aspects de la chirurgie et de l'obstétrique
- quelques éléments de pédiâtrie
- le syndrome psychique
- quelques problèmes particuliers
- le cas particulier des pratiques de guerre
- quelques aperçus de médecine nord-africaine

CONCLUSIONS.

EPOQUE DE NOTRE SEJOUR

Notre séjour en Algérie s'étale sur une période de 14 mois, de Mai 1956 à Juillet 1957. Il se situe donc au cours des 2ème et 3ème années de la guerre actuelle.

De multiples considérations, en particulier d'ordre militaire, nous ont conduit à diviser notre séjour en 3 périodes d'inégale longueur :

1.- de Mai 1956 à Décembre 1956 :

C'est une période de calme relatif troublée épisodiquement, en particulier vers l'automne, par quelques exactions de caractère limité (incendie de fermes européennes, assasinats isolés). C'est la période de pré-rebellion, de pénétration politique et administrative adverse, où nous avons senti progressivement sur la fin la population s'éloigner de nous. C'est également pour nous une époque de grande activité et d'efficacité certaine.

2.- de Janvier à Avril 1957 :

C'est une période de rebellion franche avec actions répétées et succès militaires spectaculaires pour les rebelles ; désaffection flagrante des populations à l'égard de notre activité médicale.

3.- de Mai à Juillet 1957 :

S'installe un "modus vivendi" (pour le médecin comme pour l'administration). C'est une période de reprise de contact avec les populations locales, bien que la rebellion persiste et se manifeste toujours aussi spectaculairement qu'à la période précédente. La fin de notre séjour ne nous a pas permis de connaître longtemps cette atmosphère paradoxale pour un esprit européen, d'hésitation permanente, de flux et de reflux, de communion et d'hostilité, de contrastes irréductibles.

C'est la période d'équilibre dans la guerre, celle qui se poursuit actuellement, sous les yeux d'une population inquiète, indécise, mais attentive, pour qui la vérité a des masques divers et changeants.

R E G I O N

Un ordre de mission laconique nous affecte, le 15 mai 1956, à la Section Administrative spécialisée de Wagram-Mordja, couvrant tout le territoire situé dans le sud-ouest de l'ancienne commune mixte de Saïda (Sud oranais).

Notre résidence fut fixée à Wagram, au siège de la S.A.S.

Ce village est situé à la limite nord des Hauts-Plateaux du Sud oranais, au niveau de la ligne de partage des eaux entre les rivières du nord qui coulent vers la mer, les oueds du sud qui se perdent dans les chotts.

Nous avons donc eu 2 zônes d'action bien distinctes :

- Au sud, le douar d'Oued-Faletta et certaines portions des douars Taferaoua et Kreider, vastes étendues situées à 1.200 m. d'altitude, steppes arides à perte de vue, couvertes d'alfa et d'armoise ; zônes de nomades et semi-nomades vivant sous la tente.

- Au nord, des douars de Ain-Menas, Gum Doud, certaines portions des douars Doui Thabet et Mhammid; zones de forêts descendant en pentes douces vers le nord, forêts de pins et chênes verts, coupées de plaines et de vallons fertiles, d'oueds riants tapissés de massifs de lauriers roses. C'est la zone des montagnards sédentaires, vivant dans des mechtas en terre battue; celles-ci disséminées le long des cours d'eau, groupent chacune trois ou quatre familles. Cette contrée est occupée par les Monts de Daïa, dominés par le djebel Tenfeld.

A la limite de ces deux zônes, reliées par une route moderne, les deux principaux et seuls marchés de la région : Wagram et Marhoum, 30 km. au sud-ouest.

Cette distinction a son importance, nous le verrons, sur le plan économique, social et également médical.

L E C L I M A T

Le climat est, en général, extrêmement sain : heureux lesage de climat méditerranéen et saharien, tempéré par l'altitude.

L'ensoleillement est pratiquement constant.

Les pluies, rares mais souvent violentes particulièrement au printemps, ruissellent rapidement sans se fixer ni stagner sur cette terre sèche et sablonneuse.

L'air est vif, la neige présente tous les hivers pendant plusieurs jours.

Du climat saharien, la région a hérité de forts écarts de température entre la nuit et le jour, particulièrement au printemps et en automne et quelques coups de sirocco en été avec tempêtes de sable.

Du climat méditerranéen, persistent la luminosité, la clarté limpide de l'atmosphère, la vivacité des changements et succession de temps, les magnifiques journées d'hiver ensoleillées.

L'altitude rend, par contre, ce climat rarement déprimant, sauf au coeur de l'été où l'on constate la nécessité d'une siesta prolongée.

Ces considérations climatiques présentent, à notre avis, un certain intérêt pour leurs multiples incidences sur le plan de la pathologie locale.

GEOGRAPHIE HUMAINE et ECONOMIQUE

1.- POPULATION

A.- La population locale "autochtone" est d'origine incertaine, ce qui n'a rien de surprenant en Afrique du Nord où se succédèrent, au cours des siècles, de nombreuses invasions : Phénicienne, Romaine, Vandale, Byzantine, Arabe enfin ; celle-ci se poursuivit durant 5 à 6 siècles pour se terminer au XIIème par l'arrivée des nomades Hilaliens : ceux-ci poussèrent vers l'ouest en utilisant en particulier la voie facile des Hauts-Plateaux, assimilant les berbères sédentaires, refoulant vers le sud les berbères nomades.

Il semble, en effet, que l'élément arabe soit, actuellement, dominant dans la population locale, tant parmi les nomades du sud que les sédentaires du nord. Aucun noyau berbère autonome ne nous a été signalé dans la région. L'ensemble réalise un type assez homogène arabo-berbère où prédomine l'origine bédouine.

La peau est mate, très brune, les cheveux noirs, presque constamment rasés, les yeux régulièrement noirs, parfois en amande, la stature souvent haute et altière, la comstitution charpentée et solide.

Sur les plateaux du Sud, nous avons retrouvé des traces de métissage noir : peau noire, prognatisme, nez épaté.

B.- Les Européens, au nombre de quelques dizaines sur tout le territoire considéré, sont pratiquement tous d'origine espagnole..

- Les uns, de condition modeste, se groupent au village de Wagram : instituteur, postier, petits commerçants, petits propriétaires terriens et métayers misérables, repliés depuis la guerre ;

- Les autres, exploitants ou administrateurs de grands domaines (une douzaine au total) ont, à l'époque que nous envisageons, tous abandonné leur ferme sauf trois, pour se replier sur Saïda, Oran ou la France. Ces grandes fermes s'étagent sur toute la limite nord des Hauts-Plateaux et dans la vallée du Fenouane, occupent toutes les zônes fertiles où la terre arable dépasse 40 cm. d'épaisseur sur le tuf blanc sous-jacent. Ce sont de grands domaines de 2 à 10.000 hectares où de nombreux musulmans sont employés comme ouvriers agricoles : le blé seul y est cultivé, donnant un rendement moyen de 15 à 17 q./hectare, accessoirement les lentilles ; la culture entièrement motorisée utilise peu d'engrais : le système de la jachère biennale est généralisé.

2.- RELIGION et LANGUE

L'Islam est la religion des autochtones ; religion qui conditionne non seulement la vie religieuse, mais civile, sociale et juridique du fidèle. C'est assez dire combien elle participe à la vie de tous les jours et pose son empreinte sur les actes les plus divers.

Le rite nord-africain est malekiste , attaché étroitement à la lettre et hostile aux interprétations rationnelles. Très rigoriste, c'est lui qui impose la ségrégation des hommes et des femmes, la stricte pratique du jeûne, le respect des interdictions alimentaires....

C'est une religion porteuse d'un grand idéal moral ; deux faits ont retenu notre attention, cependant :

- la notion de prédestination intégrale qui supprime le libre arbitre et l'esprit d'entreprise (Maktoub) ;
- l'éloge de la gloire et de la force guerrière au service de la foi : notion qui autorise le meurtre dans certaines circonstances, qui n'établit pas comme dogme le respect de la vie.

Ces deux dernières notions de fatalisme et de violence ont profondément marqué l'âme indigène et la tourmentent sans lui apporter la paix.

.°.

La langue utilisée dans la région est l'arabe parlé courant ; mais il convient de signaler l'emploi d'un certain nombre de termes berbères-tamachek.

3.- HABITATION et GENRE DE VIE

Cette population, d'allure relativement homogène, s'oppose cependant par deux habitations et genres de vie différents :

- Au NORD, dans les forêts et montagnes de Daïa, ces anciens nomades se sont fixés dans des mechtas en pierre et en terre battue, parfois blanchies à la chaux, groupant souvent 2 à 3 familles ; ces mechtas sont éparpillées, souvent le long des oueds ou autour d'un puits aux eaux croupissantes, et surtout, loin des routes et des pistes. Chaque famille vit dans une pièce sombre sans fenêtre, fraîche en été où pullulent les mouches, glaciale en hiver malgré la souche qui se consume dans l'être. Le mobilier est rare : en général, un coffre, quelques coussins multicolores, un tapis à longs poils, 1 à 2 couvertures. Les enfants sont nombreux : trois générations s'entassent dans cette pièce unique.

Ces montagnards sont, en général, tous propriétaires d'un petit lot de terrain (2 à 10 hectares, parfois plus) de bonne terre. Dans l'ensemble, les 2/3 des terres arables leur appartiennent : ils y pratiquent une culture rudimentaire de céréales (blé et blé dur surtout) ; les rendements sont faibles (5 à 8 quintaux à l'hectare). Chaque famille possède quelques moutons, quelques chèvres, un poulailler bien fourni et ses deux inséparables : un cheval et un bourricot.

- Au SUD : la steppe des Hauts-Plateaux est le domaine des nomades. Chaque famille vit sous sa "kheima", la tente saharienne en poils de chèvre. Celles-ci sont disséminées loin des chemins et des pistes, le plus loin possible des puits éoliens que l'administration a fait édifier de-ci, de-là à leur intention.

Grâce à d'heureuses combinaisons d'ouvertures et de cheminées, l'intérieur des tentes est souvent bien aéré en été, et chaud et riant en hiver : tapis épais, coussins aux couleurs vives sont nombreux et il fait bon y savourer le thé. La culture est pratiquement inexistante : de temps en temps, l'homme laboure les quelques ares de terre caillouteuse qui entoure sa kheima : 3 quintaux à l'hectare est le rendement moyen pour 1 quintal de semé ; encore, est-ce là une aubaine, car il s'agit de terrains communaux ou de "habous", propriétés de l'état où la culture est interdite. D'ailleurs, labourage est une occupation indigne pour un nomade, ce perpétuel errant qui ne connaît que deux amis : son cheval et son troupeau. L'élevage du mouton est, en effet, sa seule ressource : migrations permanentes sur les terrains de parcours à la recherche de pâturages nouveaux : escale hebdomadaire au marché pour vendre un agneau et acheter thé, sucre, farine, semoule pour subsister la semaine.

4.- VETEMENT

Le vêtement est semblable pour tous. Pour l'homme : le sarrouel en toile, la veste et la djellabah de laine l'hiver, la baïa en toile l'été ; les espadrilles de toile aux pieds ; sur la tête, le chech blanc que l'on roule en tire-bouchon. Pour la femme, les robes multicolores en soir ou rayonne, été comme hiver, les bijoux de pacotille traditionnels, le voile en toile blanche pour les sorties, soigneusement serré, ménageant un minuscule orifice où l'on devine un oeil inquisiteur.

A Wagram et Marhoum demeurent quelques kabyles étrangers, marchands astucieux à la chechia rouge. Quelques jeunes indigènes de ces deux villages portent le vêtement européen.

5.- L'ARTISANAT LOCAL

Demeure, extrêmement réduit et de caractère familial.

La laine, achetée toute filée, sert à la confection des coussins, des couvertures, des tapis de la maison, mais également de l'"amara", ce petit sac multicolore que l'indigène utilise à la fois pour faire son marché et comme mangeoire pour son cheval.

L'autochtone tanne également lui-même ses peaux de moutons et surtout celles de chèvres, avec lesquelles il confectionne la "guerba" où l'eau se maintient toujours fraîche et s'imprègne d'un goût agréable de résine.

L'alfa tressé sert à fabriquer de nombreux objets de vannerie : lanières, nattes, coupes, corbeilles, moules à galettes, sacs variés dont certains sont de véritables oeuvres d'art.

6.- RESSOURCES - NIVEAU DE VIE - ALIMENTATION

A la lumière des chapitres précédents, il est évident que les ressources des indigènes musulmans sont, en général, réduites et le niveau de vie extrêmement bas.

Il convient, cependant, de ne pas lier trop étroitement ces deux données : ressources et niveau de vie ne sont pas obligatoirement le reflet l'un de l'autre. Deux remarques en effet s'imposent :

1.- A côté des fermes européennes, il existe 8 à 10 grands domaines appartenant à des Musulmans. Les rendements inférieurs à ceux des domaines européens assurent cependant à leurs propriétaires des bénéfices substantiels : l'achat de machines et de voitures particulières en est le seul témoin ; l'équipement ménager demeure rudimentaire, l'usage d'objets de consommation, réduit.

Il en est de même des quelques grands propriétaires du sud, pour qui la khaima demeure le domicile habituel.

2.- Les ouvriers agricoles.

Si l'on excepte les quelques gros propriétaires, les ouvriers agricoles sont, dans une certaine mesure et combien relative, des privilègiés.

Leurs ressources sont pourtant réduites (250 francs par jour à notre arrivée ; et c'est tout à l'honneur de notre officier S.A.S. d'avoir réussi à imposer à tous le salaire légal de 400 francs ensuite). Pas de sécurité sociale, ni accidents de travail. Mais il convient de souligner le caractère régulier de ce salaire qui assure un minimum et, d'autre part, le pouvoir d'achat qui est supérieur d'1/3 environ à celui de la métropole, particulièrement pour la viande : mouton, 350 à 400 francs le kilo environ à notre époque.

Il convient de rappeler également le fait paradoxal et cependant peu rare de petits fellahs qui louent leurs terres à un européen et s'engagent ensuite comme ouvrier chez lui, ajoutant ainsi aux ressources locatives, un salaire régulier (valeur locative : 1 quintal par hectare).

Ces ressources relativement modestes assurent à l'ouvrier agricole un niveau de vie en général supérieur à ses semblables non salariés, même propriétaires. L'argent liquide lui permet de s'approvisionner régulièrement au marché et il est pratiquement le seul à consommer habituellement de la viande de boucherie et à user d'objets de consommation : casseroles, tasses, habits variés ....

.°.

Nous envisagerons, maintenant, le cas, de loin le plus répandu, du petit fellah propriétaire de 2 à 3 hectares de terre plus ou moins aride et celui du pasteur nomade possédant 10 à 12 bêtes (ovins).

L'alimentation, bon témoin en général du niveau de vie, est limitée à la fois par plusieurs conditions :

- les possibilités d'argent liquide qui sont réduites,
- les ressources minimes des marchés locaux qui sont peu variés et seulement hebdomadaires,
- la stérilité relative de la terre. Par endroits, dans les propriétés musulmanes de l'ouest, la couche arable ne dépasse pas 5 à 10 cm. La rareté des pluies. Le travail insuffisant : les terres labourées ne sont jamais débarrassées de leurs cailloux ; certaines années, la récolte égalise tout juste la semence ;
- le cheptel ovin qui est mal nourri et rapporte peu à la vente. Un agneau vaut 2.000 francs, un mouton 4 à 5.000 francs.
- les épidémies qui déciment les troupeaux et les poulaillers pendant des semaines.

La base de la nourriture est f urnie par les céréales et le sucre :

I.- les céréales : le blé, froment et blé dur surtout qui fournit la semoule pour le couscous, Galettes de farines de son;

2.- le sucre : est le seul achat du pauvre.

- le blé constitue pour le nomade du sud la seule alimentation pendant de longues journées avec les multiples tasses de thé vert très sucré et quelques bols de lait de chèvre.

- Plus aisé, le petit fellah du nord consomme, outre la semoule et le sucre, du lait régulièrement et surtout du petit lait (hélib) après avoir isolé un beurre liquide (l'ben) dont il tartine ses galettes. Les oeufs ne lui font pas défaut à la période de ponte et il sacrifie un poulet de temps en temps.

- Ce n'est que plus riche, fellah aisé ou ouvrier agricole, qu'il se permet d'acheter de la viande de mouton ou de chèvre qu'il apprête en général en ragoût épicé.

- Le méchoui traditionnel, qui représente un gros sacrifice, est réservé aux jours de fête et aux invités.

On conçoit toutes les fâcheuses conséquences d'une alimentation aussi déplorable pour beaucoup insuffisante, mais surtout déséquilibrée et souvent irrégulière, un repas réparateur ne survenant, pour certains, qu'après plusieurs jours de jeûne.

Un gros facteur nous a semblé réduire sérieusement le niveau de vie : l'usage outrancier du crédit, source de ruine pour tous.

L'indigène ne paie jamais comptant, même s'il en est capable. Les dettes s'accumulent, laissent l'illusion d'un certain niveau de vie jusqu'au jour où le créancier, souvent européen, offre de passer l'éponge en échange des terres. Presque toutes les terres européennes ont été acquises par ce mécanisme.

.".

Un deuxième facteur, moins important car s'anihilent souvent lui-même, entre également en lice : la passion du jeu.

Tout l'argent liquide change souvent de bourse en une nuit. Le crédit réciproque vient, cette fois-ci heureusement, tempérer une telle pratique.

°.°

Enfin, un dernier facteur nous a semblé conditionner, dans une large part, le caractère réduit du niveau de vie : le sous-emploi, l'oisiveté contemplative de toute une population satisfaite plus ou moins par nécessité de sa condition, l'impossibilité apparente pour elle d'augmenter ses revenus et son acceptation passive, jusqu'à hier, d'un tel état de choses.

A.- Les grands domaines n'emploient, en effet, comme salariés qu'un proportion réduite de l'ensemble de la population et ne peuvent résorber la masse des sans-travail.

B.- Cette masse de main-d'oeuvre inoccupée est le résultat de plusieurs facteurs :

1.- L'achat de nombreuses terres par les européens, par l'intermédiaire du crédit comme nous l'avons signalé ;

2.- L'acquisition de nouvelles terres par les européens grâce au mécanisme de l'aide réciproque ; entre autres, prêt de moyens mécanisés aux indigènes pour assurer leur récolte et que ceux-ci ne peuvent régler en espèce.

Ce double processus a entraîné, jusqu'à nos jours, une dépossession progressive de l'autochtone, privation de possibilité de travail, que n'a pas compensé la création d'ouvriers salariés.

Néanmoins, dans notre région, les 2/3 des terres arables appartiennent encore aux musulmans. Et c'est un troisième facteur qui vient considérablement aggraver la situation :

3.- Le refus délibéré de l'autochtone de travailler efficacement ses terres, de produire au-delà de ses propres besoins immédiats. Cet état d'esprit entraîne la location des meilleurs lots aux européens plus entreprenants, aux prix habituels (1 quintal à l'hectare pour le propriétaire, le reste 15 à 16, en moyenne, pour l'exploitant). Nous citons comme exemple un domaine de 3.500 hectares, cultivé par un colon européen qui n'était directement propriétaire que de 600 hectares, mais possédait déjà des hypothèques sur une bonne part du reste. La location est l'amorce du processus de dépossession.

En effet, les contrats de location sont signés avant les emblavures d'automne : l'indigène demande souvent à disposer, dès ce moment, de l'équivalent en espèces de la récolte à venir, ce qui lui permet d'élever immédiatement, sans effort, son niveau de vie par l'achat de quelques biens de consommation. Séduit par ce "standing" nouveau, il cherchera à le conserver, même s'il a, dès l'été suivant, épuisé l'avance reçue : aussi, retourne-t-il solliciter son locataire qui lui avance de plus en plus prématurément toutes les récoltes suivantes. La location entraîne ainsi paradoxalement le crédit, l'hypothèque puis, quelques années plus tard, la vente pour éviter la saisie.

C.- Le nombre de travailleurs immigrants transitoires en métropole est extrêmement réduit dans la région, pratiquement nul. Aucune masse de salaire n'est donc distribuée dans la région par ce mécanisme.

D.- La seule source appréciable de numéraire extérieure à la contrée est constituée par les pensions militaires, régulièrement distribuées (anciens militaires des campagnes de France et surtout d'Indochine).

On conçoit donc le nombre important d'indigents qui, sans propriétés réelles, sans emploi salarié, sans ressources pratiquement, s'installent sur les communaux du sud où ils forment un groupe de semi-nomades involontaires.

Pour remédier à cet état de faits, l'administration a mis en route, ces dernières années, différentes réformes qui peuvent améliorer en partie le niveau de vie.

- le partage des communaux aux indigents non propriétaires ; c'est actuellement réalisé.
- le rachat de certains grands domaines coloniaux, partage et vente des parcelles avec crédit échelonné sur 15 ans. Durant notre séjour, un domaine de 3.000 hectares a été ainsi liquidé, un autre devait suivre incessamment.

  Mesure heureuse sur le plan local, mais il faut s'attendre à une baisse importante des rendements et à la relocation des terres aux européens voisins. On conçoit la nécessité d'un crédit rural prolongé sur le plan national.
- la création de groupes d'auto-défense, de groupes de police rurale, les engagements dans l'armée qui sont toujours nombreux : mesures qui aboutissent à la libération d'une importante masse de salaires élevés (35.000 par mois pour un goumier).
- la distribution de secours en espèces, mesure qui ne nous paraît pas heureuse, car sans portée pratique.

Toutes ces mesures sont, en partie, limitées et contre-carrées par l'établissement des impôts rebelles qui sont régulièrement perçus depuis l'été 1956 :

- impôts réguliers mensuels. L'examen de certaines listes nous a permis de noter les 2 chiffres de 300 et 1.000 francs par mois qui semblent correspondre à deux niveaux sociaux différents ;
- impôts en nature : ravitaillement, hébergement des bandes au repos ;
- impôts exceptionnels :
  a.- la quasi-totalité, semble-t-il, des pensions militaires,
  b.- les amendes à certains gros propriétaires ou fellah aisés:100 à 200.000 en moyenne.

Une mesure nous semble indispensable pour résorber l'excédent de main-d'oeuvre : la création de petites industries locales :

- manufactures de papier, l'alfa ramassé sur les Hauts-Plateaux est expédié en Grande-Bretagne ;
- manufactures d'étoffes de laine et de soie ou rayonne, les objets arrivent tous de métropole ;

- exploitation rationnelle des forêts qui sont saccagées stupidement par l'homme et la chèvre ;
- la mise en route de travaux d'équipement, occupant la main-d'oeuvre locale : routes, ponts, écoles, château d'eau : programme déjà entamé, d'ailleurs.

°°°

La guerre, qui occupe pourtant tous les esprits, ne semble pas avoir, par ses destructions limitées, sérieusement modifié le niveau de vie de l'indigène. Bien plus, il convient de rappeler que c'est elle seule qui est à l'origine de toutes les réformes actuelles qui visent à augmenter les ressources du paysannat autochtone local.

CONSEQUENSE du MILIEU sur le PLAN MEDICAL

Nous pensons que toutes ces considérations d'ordre humain et économique étaient nécessaires car elles conditionnent en partie l'état pathologique de la population.

L'HABITATION

Celle-ci nous permet d'envisager certains aspects particuliers. La densité générale qui est faible, le caractère disséminé du peuplement joint au surpeuplement familial, expliquent en partie le caractère original des épidémies ; épidémies qui, lorsque elles existent, ne frappent que deux ou trois mechtas, parfois une seule, mais, par contre, y sévissent gravement du fait de la promiscuité et du manque d'hygiène.

Signalons la rareté de ces épidémies dans le sud nomade.

LE CLIMAT

Très sain, sec, vivifiant, dont l'atmosphère limpide de demi-altitude rappelle celui des Alpes du Sud, nous explique en partie le caractère réduit de la morbidité infectieuse en général, le caractère limité des foyers tuberculeux. Surtout, ce climat d'altitude préserve la population du fléau qui sévit dans les plaines du nord : le paludisme. Les moustiques sont rares, sauf dans les oueds, et nous n'avons découvert aucun anophèle.

L' ALIMENTATION

Nous l'avons vu : elle est en général déplorable. Le déséquilibre alimentaire est endémique : fait qui se manifeste également chez les européen modestes du village (le marché n'a lieu qu'une fois par semaine et demeure peu varié).

Le déséquilibre alimentaire se manifeste essentiellement par un apport presque uniquement hydrocarboné pour de nombreux fellah pendant de longues semaines.

Parmi ces hydrocarbones, nous insisterons sur la part prépondérante et excessive réservée aux féculents : semoule, farine, galettes, pommes de terre, riz , ...

Nous soulignerons l'absence d'une ration protéinique suffisante : la viande en particulier est rare.

N'oublions pas l'absence relative de crudités ; les légumes verts sont rares, les fruits également. De temps en temps seulement l'indigène achète quelques tomates, des oranges et surtout des oignons qu'il consomme fréquemment crus.

Ce déséquilibre alimentaire nous explique la fréquence du syndrome colitique type colite de fermentation, sans que l'on puisse noter d'avitaminose franche.

Le régime hyperglucidique semble responsable d'un certain nombre de glycosurie que nous avons constaté.

Nous reviendrons sur tous ces aspects.

LA GUERRE

Cet élément vint peu à peu profondément imposer son empreinte sur le milieu humain où s'exerçait notre activité médicale. La guerre, nous le verrons, modifia peu à peu les conditions de vie locale, non par ses destructions, minimes si l'on accepte les incendies de fermes européennes, mais par la "Grande peur" qui s'insinua progressivement à ses trousses dans tous les foyers.

L'insécurité développa au maximum ou même créa parfois de toute pièce une pathologie polymorphe de type psycho-somatique : nous verrons le rôle du psychisme dans la genèse de certaines affections digestives, en particulier.

Pour la création de zones interdites et les regroupements de population autour de centres villageois, la guerre nous fit même entrevoir, sur la fin de notre séjour, l'apparition d'une pathologie des grands centres : épidémies massives de rougeole, de dysenteries.

LE CADRE de NOTRE ACTION MEDICALE

LA SECTION ADMINISTRATIVE SPECIALISEE DE WAGRAM

Notre cadre d'action fut la S.A.S. de Wagram. Prolongement de l'administration préfectorale dans la région, la S.A.S. de Wagram dépendait de l'Administrateur de la commune mixte de Saïda; après la suppression de celle-ci, elle releva directement du Sous-Préfet de Saïda.

Lors de notre arrivée, la S.A.S. créée depuis 6 mois, comprenait :

- 1 Lieutenant, chef de S.A.S., qui avait déjà pris contact avec la population et jouissait d'un prestige certain. Héritier des Affaires Indigènes du Maroc, il possède un pouvoir administratif très étendu, un pouvoir judiciaire équivalent à celui du juge de paix destiné à régler les délits mineurs et surtout à arbitrer les conflits incessants ou "chikayas" (terrains, moeurs ...), un pouvoir militaire limité au renseignement et à l'accompagnement des militaires en opération dans la région (guide, conseils) : bref, un rôle de surveillance politique, qui n'est pas exempt de danger;

- 1 Sous-Officier adjoint ;

- 25 goumiers musulmans, irréguliers recrutés sur place, engagés à la journée sans contrat. Ceux-ci sont commandés par un chef de Maghzen dépendant directement de l'officier. Leur rôle est d'assurer uniquement la sécurité de celui-ci.

Plus tard, s'ajoutèrent à cet effectif, outre nous-même :

- 1 radio et 1 mécanicien-auto

- 1 Maître des chiens

- 1 infirmier

- 5 à 6 goumiers européens recrutés parmi les métayers et petits propriétaires misérables de la région, ou le prolétariat de Saïda.

Le siège de la S.A.S. fut, durant 14 mois, une ferme inoccupée à 2 km. du village de Wagram : ancienne porcherie désaffectée sur une rive de l'oued Torba. Sur la fin de notre séjour, la S.A.S. fut transférée au nouveau bordj administratif édifié à l'entrée du village, vaste construction moderne, flanquée de tours, de meurtrières et de fils barbelés.

Notre autonomie d'action fut donc pratiquement illimitée sur le plan médical : rattaché théoriquement au médecin-chef de la place de Saïda, distant de 30 km., ayant à faire surtout aux organismes civils (hôpital ou Centre de Santé de Saïda), nous recevions nos instructions très intermittentes directement de la Direction du Service de Santé d'Oran (200 km.). Cet enchevêtrement administratif nous permit de n'être victime d'aucune inspection durant tout notre séjour. Sur le plan pratique,

l'Officier S.A.S. et l'Administrateur de la Commune Mixte nous guidèrent souvent efficacement dans tout ce labyrinthe, entre autre pour notre ravitaillement en médicaments.

Notre autonomie ne fut donc pratiquement limitée que par l'autorité du chef du S.A.S. qui fut compréhensive, la nécessité matérielle de coordonner souvent nos deux actions administrative et médicale sous sa responsabilité.

Nous étions tenus, évidemment, à remplir de fastidieux rapports mensuels sur notre activité, grandes feuilles à multiples volets aux colonnes innombrables, en nombre progressivement croissant au cours des mois ; nous envoyions ces exemplaires dûment remplis et parafés vers des destinations multiples et souvent variables, suivant les instructions reçues. Nous y avons toujours joint nos remarques et desiderata comme on nous le demandait chaleureusement.

LES MOYENS MIS à NOTRE DISPOSITION

Nous les grouperons en deux catégories :

- LES MOYENS STABLES
- LES MOYENS AMBULANTS

1.- LES MOYENS STABLES.

L'Administrateur de la Commune Mixte de Saïda mit à notre disposition une salle de soins à Wagram, toute décente et magnifiquement équipée, qui ferait l'envie de nombreux dispensaires métropolitains. Ce fut le pivot de notre activité durant notre séjour. Nous y avons organisé 3 consultations par semaines (lundi- jeudi - samedi matin).

Nous y disposions d'un matériel varié, abondant, suffisant, de moyens de traitements limités, mais étendus : plus de 150 variétés de drogues et spécialités en quantité toujours suffisante nous permettant de dépasser largement le stade de la "thérapeutique à l'aspirine".

Comme moyens complémentaires, nous avions recours, surtout pendant la première partie de notre séjour, précédant l'activité rebelle, à différents organismes sis à Saïda.

1.- Hôpital Municipal :

où nous avons évacué tous nos malades consentants dont le cas dépassait nos moyens d'action.

2.- Le Centre de Santé :

Où nous avons envoyé en consultation tous les malades pour lesquels nous désirions un examen radiologique ou tout autre examen paraclinique. Précisons, sur le plan pratique, que toutes les bacilloscopies et B.W. durent être effectués à Oran distant de 200 km.

3.- L'Infirmerie de 1er Régiment Etranger :

Où nous avons envoyé tous les prélèvements que nous avons faits pour examen direct ou coloration banale.

Après le mois de Décembre 1956, ces liaisons furent très épisodiques et assurées par nos propres soins, les autocars locaux ayant été supprimés. La valeur de notre activité médicale s'en ressentit grandement.

2.- LES MOYENS AMBULANTS.

Mis à notre disposition furent beaucoup plus maigres et ne nous permirent guère de dépasser le stade du dépistage grossier et de la tournée de représentation.

Nous disposions d'une caisse à munitions désaffectée dans laquelle nous avions entassé divers médicaments et instruments d'urgence. Avant chacune de nos tournées, cette caisse était religieusement portée sur un camion blindé qui nous servait d'ambulance. Précisons que ce camion devait, en plus de ses activités médicales, assurer les transports de bois, de bétails, de grains et autres activités variées. N'oublions pas l'escorte à la mine pétibulaire avec djellabah Kombouch et fusil, le sable qui s'infiltrait partout et voisinait avec le bicarbonate.

Telle fut notre "cellule médicale" ambulante durant 14 mois.

L'Officier S.A.S. mit, d'autre part, à notre disposition, dès notre arrivée, un infirmier musulman que nous ne pûmes conserver pour deux raisons : le respect des coutumes locales (soins à accorder aux femmes musulmanes), son sens assez personnel de l'honnêteté qui ne pouvait se concilier avec une activité d'assistance médicale gratuite.

Nous avons formé ensuite un aide-soignant européen que l'officier nous accorda parmi les goumiers : son intelligence, son dévouement suppléèrent à son manque de connaissance et il devint rapidement pour nous un auxiliaire précieux.

Quelle fut notre activité ?

Contrairement à ce qui nous avait été dit à Oran, nous nous rendîmes rapidement compte que nous étions en fait un précurseur dans la région. Rien n'avait encore réellement été fait dans ce sens, sauf les vaccinations systématiques, et la population, particulièrement celle des douars, ne connaissait comme soins que ceux dispensés par les médecins civils, dont les déplacements longs (50 km. A.R.) et onéreux réduisaient profondément l'efficacité pratique.

Quelle fut notre mission ? Apporter le secours médical à une population de 15 à 20.000 habitants environ, répartie sur un territoire vaste et difficile de 30 à 50 km. de rayon autour de Wagram, et vivant dans un climat d'insécurité.

On conçoit le caractère gigantesque et insurmontable d'une telle tâche.

- Dans le cadre de l'Assistance Médicale gratuite, deux activités différentes s'imposèrent à nous :

1.- A Wagram, la fixité de notre installation nous permit de dépister, avec une certitude relative, un certain nombre d'affections, de mettre en route de nombreux traitements, de les surveiller sérieusement en renvoyant régulièrement nos malades, d'aboutir à des résultats thérapeutiques positifs.

2.- Quant à notre installation ambulante, nous lui avons assigné 3 buts, du fait même des circonstances :

- assurer une visite hebdomadaire au marché de Markoum le mardi matin, à 30 km. au sud-ouest ;
- assurer l'évacuation des malades et blessés sur Saïda ;
- assurer des tournées sanitaires en coordination avec les tournées administratives de l'Officier S.A.S., tournées de dépistage de valeur médiocre, tournées de prestige surtout dans le cadre de l'action politique actuelle.

- Mais notre activité ne s'arrête pas là et déborde du cadre de l'A.M.G. du fait même des circonstances.

- Notre qualité de médecin mobilisé, notre appartenance à un petit groupe isolé qui participait souvent à des missions de surveillance, nous entraînèrent souvent à tenir un rôle de médecin en opération. Nous avons tenu sur ce point à ne jamais abandonner notre faible unité dans ses déplacements pour être à même de lui porter tout le secours nécessaire.

- L'exiguité de notre groupe, totalement isolé, à 8 km. des premières unités de l'armée régulière, nous a, d'autre part, souvent contraint moralement à exécuter des missions sans intérêt médical.

Il nous est ainsi arrivé fréquemment d'effectuer, avec notre "cellule médicale" ambulante, des transports de bois, de ravitaillement, de grain, voire même des déménagements.

Nous étions également souvent vétérinaire, avec des résultats plus ou moins heureux : sutures cutanées sur chevaux ou chèvres, incisions d'abcès, lavements évacuateurs aux moutons météorisés.

Enfin, nous avons partagé avec l'Officier S.A.S. et son adjoint ces longues soirées de veille où, groupés autour d'un magnifique feu de bois, nous discutions sans fin ou jouions aux cartes, mais étions dehors au moindre bruit anormal, au premier appel d'une sentinelle alarmée ; et en partie rassurés, mais confiants qu'en nous-mêmes, nous n'oubliions jamais de barricader nos portes en rentrant nous allonger, après avoir soigneusement vérifié le mécanisme de nos armes.

CLIMAT PSYCHOLOGIQUE

La pratique antérieure des services hospitaliers et de nombreux remplacements de praticiens en métropole, nous a permis de noter, lors de notre séjour en Algérie, le climat psychologique tout différent qui y régnait, auquel notre acitvité dut s'adapter.

Brutalement transplanté de Paris dans le bled, en contact subit avec une réalité toute autre, grand fut notre dépaysement, grande aussi notre paralysie.

Le Lieutenant de S.A.S. fut notre guide dans ce dédale nouveau pour nous de coutumes, de moeurs qui heurtaient les nôtres, provoquaient de nombreuses méprises de notre part et enlevaient toute efficacité pratique à nos soins.

L'accueil général envers nous de cette population de civilisation très archaïque, fut cependant bon. Méfiant par nature, réservé envers l'européen par 150 ans de coexistence tolérée, mais non hostile, l'indigène sut d'abord nous imposer un respect certain par son sens profond de l'hospitalité traditionnelle. Peu à peu, au cours de nombreux couscous et méchoui, ou tout en dégustant, dans la soupière commune, la charba pimentée, nous nous sommes familiarisés progressivement avec eux. Accroupis côte à côte, ou allongés pêle-mêle sur les coussins et tapis de haute laine, avec tout le laisser-aller d'un bien-être total, nous avons vécu parmi eux des heures sans impatience dans un climat communicatif ; il nous fut possible de les observer à loisir, jour après jour, au cours de palabres interminables, malheureusement incompréhensibles ; néanmoins, l'expérience nous apprit peu à peu à discerner quelques mots, à sentir sous ces mots les inflexions successives d'une pensée nerveuse.

Nonchalant, négligent en général, fataliste par tradition religieuse, mais aussi par caractère racial, l'indigène est capable, et par nature et par art, de rester des jours entiers sans exercer la moindre activité matérielle : les jours s'égrainent, l'un après l'autre, sans éveiller en lui la nécessité d'un rôle social à jouer. Sa soumission passive à toute autorité qui se proclame et s'affirme le fait, à tort, prendre pour un indifférent.

Indifférent, pourtant il ne l'est pas : étranger à l'activité fébrile moderne, étranger également à toute activité soutenue et régulière dont il n'a pu encore apprécier l'utilité, il n'en demeure pas moins l'homme des grands enthousiasmes ; subite, brutale, s'éveille alors en lui une force tumultueuse que rien ne saurait endiguer, source de puissance, de réalisations, mais aussi de destructions.

Dans la monotonie des jours habituels, où il n'y a rien à réaliser ou à détruire, ce torrent puissant, cette poussée impétueuse, se transcende en un flot oratoire qu'il faut savoir respecter : les palabres, les discussions interminables, mais toujours passionnées, l'amour des "chicaïa" (bisbille) que l'on commente avec volubilité et sans fin, voilà une des "constantes" de la vie sociale : discussions interminables certes, mais souvent constructives car l'entêtement européen y est inconnu ; discussions sincères car la recherche de la vérité en est rarement absente.

Tour à tour fataliste et passionné, nonchalant et impulsif, passif et enthousiaste, glissant de l'un à l'autre avec une brutalité inattendue, l'indigène n'est pas insensible aux arguments rationnels qu'il recueille, analyse et commente longuement et admet finalement lorsqu'il en a saisi le bien-fondé.

C'est dans ce contexte psychologique que nous avons dû présenter nos soins médicaux.

Nous aurions pû, avec l'appui du "goum", organiser des visites médicales du style obligatoire : les indigènes, avec la même résignation passive, seraient venus très nombreux ; nous aurions ainsi pu, en respectant le plus pur style des tournées de l'Institut Pasteur, présenter un chiffre impressionnant de consultants et vraisemblablement déceler de nombreux cas qui nous demeurèrent inconnus.

Notre principal but étant de nous faire accepter le plus cordialement possible pour devenir ensuite indispensable, nous avons préféré user d'une méthode plus individuelle sans jamais nous imposer d'une manière coërcitive. L'abord de notre dispensaire de Wagram fut toujours libre, sans racolage ni protection armée ; nos tournées furent toujours, conjointement aux tournées administratives de l'Officier S.A.S. des tournées de courtoisie malgré la présence indispensable du goum autochtone. Confortablement allongés sur les tapis multicolores, nous avions droit au rituel thé à la menthe ; après une heure de discussion entre l'officier et les notables, au cours dû laquelle on annonçait incidemment la présence d'un médecin, plusieurs venaient spontanément demander quelques conseils et la consultation pouvait commencer. Les hommes d'abord ; ensuite, on nous laissa examiner les femmes, et ceci sans incident majeur. Ce genre de "visites" médicales (au sens très bourgeois du terme) s'avèra excellent pour capter la confiance indigène et nous sûmes apprécier le grand honneur qu'on nous fit d'avoir ainsi recours à nous.

Au cours des mois, les présentations devinrent, sous notre impulsion, plus rapides, mais les consultations n'en gardèrent pas moins cet aspect très médiéval de représentation à domicile en l'honneur d'un hôte qui nous recevait bien.

En réponse, plusieurs fois, nous avons senti de chauds enthousiasmes à notre égard, pleins de gratitude. Nombreux sont ceux qui vinrent nous entretenir de maux plus ou moins réels sans que nous puissions discerner s'il s'agissait pour eux de quémander un médicament plus ou moins logique et protecteur ou si ce n'était pas, tout simplement, car leur hospitalité est infinie, pour honorer notre qualité, pour nous témoigner leur confiance, pour ne pas nous peiner de ne pas avoir besoin de nous

Singulière médecine qui nous a obligé à un tri fastidieux et parfois énervant !!

Respectueux des coutumes locales, il nous fut nécessaire, malgré nous cette fois-ci, de respecter, dans une certaine mesure, les hiérarchies locales : théoriquement appelé à soigner les indigènes, nous avons été contraints, au début, à traiter avant tout certains notables influents ; les mesures sociales sont encore inconnues là-bas et présentent un aspect blessant par leur autoritarisme et leur caractère discrétionnaire. Ce n'est que peu à peu que nous avons réussi à contacter presqu'uniquement les couches sociales déshéritées et éveiller en elles le désir du possible.

La langue fut pour nous un lourd handicap. L'impossibilité de participer directement aux discussions, l'impossibilité d'interroger nous-même nos malades, d'expliquer nos traitements avec certitude, fit malheureusement de nous un personnage toujours "en dehors", un baimonteur de marché vendant la droque miracle eut toujours à côté de nous un succès écrasant et nous fit une redoutable concurrence. Le climat de confiance entre patient et médecin s'établit essentiellement par le verbe ; ceci est vrai en Algérie plus qu'ailleurs.

Inconscient parfois de l'effort soutenu que nous produisions dans son intérêt, l'indigène s'enthousiasme, par contre, pour certaines mesures spectaculaires plus aptes à toucher sa vive sensibilité : nous retiendrons, dans cet ordre d'idées, nos quinze déplacements successifs à 30 km. de distance pour les vaccinations antirabiques, les évacuations d'urgence de tous les blessés civils dans les zônes les plus reculées, après immobilisation sommaire et injection calmante ou autres soins.

L'amour immodéré des injections que toute la population partage fut la cause principale de notre rayonnement, fit notre réputation et notre seule supériorité sur le marchand ambulant ou le marabout. Cette passion enlève toute action à une thérapeutique per os. Traité négligemment par nous au début, ce problème fut peu à peu éclairé par deux constatations :

- l'efficacité, objectivement renforcée, de toute thérapeutique orale à visée tonique, accompagnée d'une injection sous-cutanée de sérum physiologique;

- l'efficacité réelle d'une injection de sérum physiologique sous-cutanée dans certains syndromes d'origine en partie neuro-tonique : diarrhées, malaises... cenestopathies si fréquentes.

Un écueil nous gêne constamment au cours de tous nos interrogatoires : la difficulté d'obtenir une explication franche sur l'état ressenti : douleurs, manifestations... amélioration ou aggravation. L'indigène va toujours "chouïa", c'est-à-dire "un peu", qu'il soit guéri ou touché à mort : jamais franchement mal, jamais franchement bien, non plus, inquiet d'un côté comme de l'autre, ressentant les moindres pulsations de son corps, incapable de les analyser.

Ces deux derniers points nous montrent toutes les relations et interréactions entre le mental et le pathologique, problème qui, à notre avis, doit dominer toute action thérapeutique sur le nord-africain. Cet homme, indifférent en apparence, enthousiaste et brutal par moments, est un perpétuel inquiet : inquiet vis-à-vis de lui-même, de son corps, de ses impulsions, de ses colères, vis-à-vis des siens, vis-à-vis de son Dieu qui lui apporte grandeur et amour, mais peu de réconfort, de charité, de pardon, inquiet vis-à-vis de ses maîtres successifs qui usent de lui comme d'un objet et dont il attend, avec une anxiété passive, les décisions, le nord-africain s'est installé dans la guerre comme dans un paradis d'instabilité. Tour à tour nonchalant, enthousiaste ou inquiet, il a vu cette guerre se propager et a observé son développement ; il s'est emballé pour elle, a répondu à tous les mots d'ordre, s'est battu héroïquement, a pillé et massacré ; il a subi, il a vécu dans la terreur. Maintenant, lassé, il laisse faire les spécialistes ; il attend, discute, hésite prudemment, mais l'inquiétude n'a pas quitté son coeur.

Nous verrons toutes les incidences d'un tel état d'esprit sur la pathologie locale actuelle.

Cette anxiété s'extériorise souvent envers nous : on nous refuse plusieurs fois un traitement par crainte d'empoisonnement ; on nous refuse plusieurs fois l'entrée de certaines portes par crainte de représailles ; on nous accepte également plusieurs fois, nous l'avons senti, au cours de la deuxième période, par crainte de sévices hypothétiques. On nous quémande souvent des hospitalisations d'urgence, uniquement pour échapper à une extermination totale.

Cette "grande peur" domine le climat psychologique de la région durant les huit derniers mois de notre séjour.

LES LIMITES DE NOTRE ACTIVITE

- Les considérations d'ordre psychologique que nous venons d'envisager marquèrent une PREMIERE LIMITE à notre action.

Certes, un an de présence constante au milieu de cette population nous fit peu à peu accepter d'eux. Notre concours fut progressivement de plus en plus recherché pour la résolution de problèmes médicaux réels. Nous avons pu constater, vers la fin de notre séjour, qu'une certaine sélection s'était faite d'elle-même parmi nos consultants et que les "vrais malades" venaient de plus en plus nombreux.

Néanmoins, le caractère particulièrement hospitalier et accueillant, volontiers familier de nos patients éventuels, fut souvent un obstacle sérieux à notre action. Nombreuses furent, nous l'avons déjà dit, les consultations inutiles pour de pseudo-malades qui ne venaient que pour chercher réconfort moral ou simplement même par curiosité ou oisiveté. Obligation nous fut faite de nous transformer ainsi souvent en distributeur de pilules, ce qui est très loin de toute activité médicale. Les élans d'enthousiasme, la méfiance, l'instabilité générale nous provoquèrent des consultations d'ampleur extrêmement variable, fait qui anihila toute tentative d'organisation rationnelle de notre travail. Il nous est arrivé à Wagram d'avoir 40 consultants le matin, et parfois de trouver la salle d'attente vide. Ces faits, amplifiés par l'insécurité de la guerre, n'en demeurent pas moins profondément en rapport avec une instabilité raciale.

- Notre SECONDE ENTRAVE fut la langue et notre qualité d'européen. La présence d'un interprète nous fut constamment nécessaire : l'impossibilité d'interrogatoire précis, d'explication précise, de réponses également précises furent la source de nombreuses erreurs et d'une certaine insuffisance générale.

Notre origine européenne nous ferma à divers moments certaines portes parmi les propriétaires aisés en particulier, petite bourgeoisie terrienne influente, apte à saisir les idées politiques nouvelles, avide et impatiente de jouer les grands rôles qu'elle se considère destinée à tenir.

- L'insuffisance de personnel et de moyens fut également pour nous UN GROS OBSTACLE.

L'absence d'infirmier digne de ce nom, particulièrement au début de notre séjour, nous obligea à tout effectuer nous-mêmes : nettoyage des instruments, stérilisation, rangements, écritures, courrier.

L'insuffisance de personnel nous contraignit à assurer tous les soins courants, nous-mêmes tout au moins au début.

Deux infirmiers auraient été nécessaires pour assurer : l'un, les soins journaliers, l'autre, la présence à mes côtés pour la traduction et mes écritures.

L'insuffisance de moyens nous gêna souvent énormément et donna toujours à notre activité un aspect superficiel et incomplet : absence quasi-totale d'examens paracliniques, nous l'avons déjà dit : radio, laboratoire dont nous avons déjà signalé l'impossibilité de nous assurer le concours particulièrement à la fin de notre séjour. Absence de moyens de locomotion strictement sanitaire : ambulance ou voiture-infirmerie avec scopie dont la présence nous semble indispensable pour assurer la relève du "camion polyvalent".

- L'étendue du territoire dont nous avions la charge fut, d'autre part, UN SERIEUX ECUEIL : 20 à 30.000 habitants disséminés sur un territoire de 30 à 50 km. de rayon, représentèrent une charge trop lourde pour nous. Nombreux sont les douars que nous n'avons jamais visités. L'étendue de ce territoire, le caractère épisodique intermittent de nos visites en un lieu donné, réduisirent très souvent notre passage à un rôle de dépistage très superficiel, entraînant évacuation sur l'hôpital ou, si celle-ci n'était pas acceptée, un traitement unique, non surveillé, insuffisant, inutile.

Les tournées prirent donc, très souvent l'allure de parades médico-administratives, de démonstrations, d'illusion, de valeur technique réduite malgré tous nos efforts, de valeur politique peut-être plus nette car elles étaient une occasion du moins de "promener le pavillon", un moyen élégant, pour l'état-major, d'enregistrer les "pulsations politiques" du pays par notre intermédiaire complaisant, résigné une fois pour toutes, mais sans illusion.

- L'isolement intellectuel et professionnel fut pour nous également un LOURD HANDICAP. Toute collaboration médicale nous fut pratiquement impossible surtout vers la fin de notre séjour : nous n'avons pu trouver autour de nous aucune atmosphère médicale où confronter nos opinions et chercher explications, aucune organisation sanitaire digne de ce nom, même à Safde où nous aurions pu nous familiariser avec la pathologie particulière du pays, nous retremper dans un bain professionnel vivifiant. Aucune organisation civile ou militaire ne daigna rompre cet isolement, soit par des réunions instructives ou la publication de revues traitant des problèmes particuliers à notre action. Notre autorité supérieure ne se manifeste que sous la forme de statistiques fastidieuses à remplir et nous fûmes souvent réduits à glaner de-çà, de-là, quelques renseignements chez les confrères locaux distants de 30 km.

Notre correspondance personnelle avec l' I.P. d'Alger nous fournit quelques renseignements intéressants, nous permit d'obtenir quelques revues, toujours d'ordre statistique, mais que nous avons pu feuilleter avec un certain intérêt.

L'ensemble de nos appuis professionnels fut très maigre, toujours sollicité personnellement, et ne réussit pas à rompre l'isolement total où nous sommes restés durant quatorze mois.

- Un AUTRE OBSTACLE à notre activité fut constitué par les conditions mêmes d'équipement du pays. Et nous insisterons ici tout particulièrement sur la difficulté toute matérielle de nos sorties. Nous accomplissions, en général, une centaine de km. par jour sur des pistes de sable ou de terre battue, sous les temps les plus variés. Nous avons connu les chaleurs excessives de l'été, les coups de sirocco où tout est envahi par le sable, l'atmosphère sèche et brûlante qui suffoque, le sable qui pique et cuit la peau des bras. Nous avons connu également l'hiver sec et froid, la neige, les inondations brutales et inquiétantes qui ravagent les pistes, les tronçonnent en maints endroits, les transforment en oueds puissants et passagers. Notre camion blindé eut souvent de grosses difficultés à se frayer un passage dans de telles conditions : patinage sur le sable ou sur le sol détrempé ; souvent immobilisé, c'était à grand renfort de bras qu'il fallait faire progresser la cellule médicale blindée ; incidents mécaniques multiples vinrent souvent agrémenter nos tournées de notes imprévues, cocasses, qui étaient toujours l'occasion de palabres interminables, de cris, de gesticulations, de démonstrations bruyantes, de rires joyeux de la part de nos goumiers surexcités.

Nous n'insisterons pas sur quelques détails courants : consultations près du feu de bois ; examen à terre sur un tas de couvertures, accouchements à la lueur d'une bougie, visites dans des locaux d'école en partie détruits ou,incendiés, à tous vents, sous les tentes en poils de chèvre où il fallait entrer en rampant au milieu de mouches qui bourdonnent sans cesse et pullulent l'été partout.

- Enfin, la LIMITE DE NOTRE ACTION fut avant tout fixée par un élément nouveau qui apparut durant notre séjour et rapidement domina tous nos rapports : la guerre, l'insécurité.

Cette insécurité s'installe brutalement au début de la deuxième période de notre séjour (janvier-avril), non sans de nombreux signes prémonitoires.

Les trois mois qui précèdent cette période, c'est-à-dire octobre, novembre, décembre 1956, correspondent à la mise en place dans le secteur d'une infrastructure politique et administrative rebelle : cette activité n'affecta que d'une manière très minime notre rayonnement. Les fermes européennes abandonnées brûlèrent une à une, les bêtes abattues, les plantations saccagées. Des collectes, des listes de souscription furent établies, des réunions organisées périodiquement. Pour nous, c'est l'époque où nous nous sommes attiré quelques réflexions désobligeantes : entre autre sur le caractère empoisonné de nos médicaments ; c'est l'époque de nombreux règlements de compte de type politico-familial, ou politico-crapuleux qui décimèrent des familles entières, nous fournissant l'occasion de multiples constats médico-légaux.

La deuxième période, janvier à avril 1957, est marquée par l'apparition de la guérilla : assassinats d'européens isolés, et toujours de musulmans suivant une cadence élevée, destruction d'édifices publics et communications, écoles, moulins, ponts, poteaux télégraphiques... embuscades multiples et tentative de coups de mains. répression plus ou moins aveugle de l'armée, puis des rebelles pour complicités plus ou moins hypothétiques départ et d'autre.

L'effet fut extrêmement brutal sur nos consultations, nous le verrons ; dans les mobiles de cette désertion, nous avons retrouvé à la fois : la crainte de tout déplacement sur les chemins devenus dangereux, l'obéissance passive aux ordres reçus, la terreur de se compromettre avec un européen, la crainte de tout véhicule

armé, crainte qui s'estompait à la vue des goumiers autochtones, enfin, la terreur de représailles d'où qu'elles viennent. C'était "la grande peur" avec son corollaire de soumission passive à toute autorité présente.

Cette peur, nous n'en avons pas été exempt nous-même. Il nous fut nécessaire, à cette époque, de prendre certaines mesures de sécurité : pendant un mois environ, les consultations cessèrent même au dispensaire et eurent lieu, bien réduites, sous la protection du goum dans la ferme même où nous étions cantonnés, fait qui nous priva de toute installation valable. En raison du personnel européen extrêmement réduit de notre groupe (5 à 6 parfois seulement), nous avons passé de longues portions de nuit éveillé, sur le qui-vive avec le Lieutenant et son adjoint, effectuant fréquemment des rondes, épiant notre goum qui nous épiait lui aussi.

Des motifs de sécurité personnelle nous interdirent; d'autre part, de repasser deux fois de suite dans un même douar, donc de surveiller un traitement quelconque. Nos sorties devinrent de vastes raids très spectaculaires, souvent très longs mais improvisés, sans itinéraire fixe, toujours sur les pistes, jamais sur les routes, aux heures les plus fantaisistes, ce qui eut l'avantage appréciable de nous éviter, contrairement aux unités voisines, tout ennui de conséquence grave. Toujours isolés avec 7 à 8 goumiers, sans protection réelle, sans l'appui de troupes régulières, neuf fois sur dix, nous avons couvert des centaines de kilomètres en zône d'insécurité sans conséquence fatale pour nous. Nous attribuons ce fait paradoxal en apparence :

- à notre action désintéressée administrative et médicale connue de tous,
- au rayonnement personnel de l'officier, à sa prudence audacieuse que nous approuvions totalement,
- à la complicité tacite du goum, dont de nombreux parents étaient dans les rangs adverses.

Notre action dut donc s'intégrer à cette époque, non seulement dans le cadre administratif d'une S.A.S. ce qui représente déjà un manque d'autonomie regrettable, mais encore et ce, de plus en plus, dans le cadre de cette guerre de guérilla qui est à la fois partout et nulle part, très nocive à toute activité technique, non par ses effets réels qui demeurent minimes, mais par la grande peur qu'elle engendre. Ce climat d'anxiété collective nuisit, en particulier, à notre activité médicale qui requiert par excellence, pour s'exercer normalement, une atmosphère de calme et de confiance bienveillante. Préoccupé nous-même constamment par des soucis personnels de sécurité, nous n'avions devant nous que des gens terrorisés pour qui même une pneumonie massive n'était qu'un petit ennui, la mort un soulagement tant il y avait de résignation.

Nous n'avions plus raison d'être dans notre rôle d'A.M.G. C'est ce qui nous fit accepter beaucoup d'autres missions comme nous l'avons déjà dit.

Ce climat s'atténua au cours des mois suivants, peu à peu ; une confiance limitée, tacite, renaquit peu à peu, mais toujours nerveuse, s'effaçant souvent brutalement pour céder la place à une terreur exaspérée. Nous avons pu reprendre une activité appréciable à la fin de notre séjour, particulièrement parmi les populations déplacées des zônes interdites à la suite des massacres du douar Aïn Manea et repliées sur le village de Wagram, celles-ci semblant sincèrement goûter, non pas tant leur sécurité protégée, mais tout simplement l'absence de coercition, l'absence de représailles, la possibilité d'attendre enfin que tout se décide sans eux.

R E S U L T A T S

Les résultats que nous présentons ici ne figurent nullement un fichier sanitaire de la région où nous avons exercé notre activité. Partiels, incomplets, superficiels par nécessité, ils ne représentent qu'un sondage, mais un sondage que nous croyons valable.

En effet, notre présence prolongée durant 14 mois, en un lieu fixé, à une époque précise, nous a permis, entre autres :

1.- D'approcher un nombre important de malades : de tirer de ce nombre même quelques lois générales que nous tenons pour acquises (5.500 malades environ ont été examinés au total) ;

2.- De fixer les dominantes pathologiques locales ;

3.- De préciser et limiter à la fois la notion d'épidémie saisonnière ;

4.- De noter l'existence de certains états pathologiques et problèmes particuliers engendrés par la guerre.

Nous envisagerons successivement :

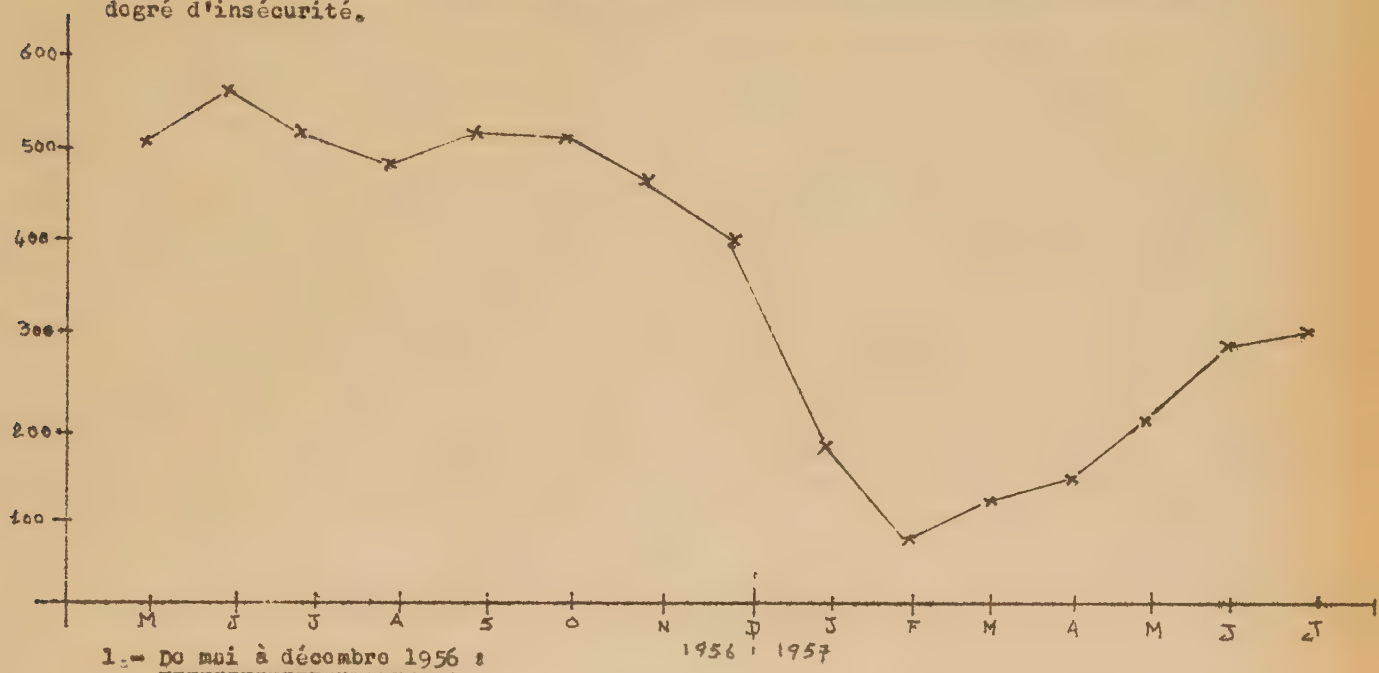
A.- LES RESULTATS GLOBAUX.

B.- LES DIFFERENTES AFFECTIONS que nous avons rencontrées et identifiées avec certitude ou probabilité (nous le préciserons) ; les sanctions que nous avons prises pour chacune d'elles et qui nous ont paru être les plus judicieuses.

A.- RESULTATS GLOBAUX

Durant notre séjour nous avons examiné et traité environ 5.500 malades, dont 3.500 au seul dispensaire de Wagram.

Mais notre activité fut très variable d'une époque à l'autre, nous l'avons déjà dit, profondément influencée par les fluctuations militaires locales, par le degré d'insécurité.



1.- De mai à décembre 1956 :

Nous avons 500 consultants par mois environ. Léger fléchissement sur la fin de cette période, témoin déjà du "pourrissement"rebelle, de l'insécurité naissante.

2.- De janvier à avril 1957 :

2ème phase de la révolte : le soulèvement armé. Il nous arrive de n'avoir aucun consultant au dispensaire. Les 100 ou 150 malades que nous examinons tous les mois sont des isolés que nous rencontrons au cours de nos tournées et qui semblent impatients de nous voir partir.

3.- De mai à Juillet 1957 :

Les consultations reprennent une certaine ampleur, particulièrement au dispensaire de Wagram. Plusieurs douars sont repliés sur le village ; leurs habitants viennent nombreux et spontanément au dispensaire : 300 par mois.

Ce parallélisme strictement opposé entre notre activité médicale et l'emprise adverse sur la population se révèle constant au cours des mois. Très variable d'un jour à l'autre, d'un douar à l'autre, sans rapport avec la morbidité réelle, le nombre de malades consultant au cours de nos tournées fut le témoin constant, extrêmement sensible de la présence de rebelles dans une région. Nous n'avons pas manqué de toujours tenir compte de cet avertissement précieux.

B.- DIFFERENTES AFFECTIONS IDENTIFIES :

Nous avons groupé nos malades par affections.

Nous indiquerons, à propos de chacune d'elles, les particularités saisonnières, étiologiques, thérapeutiques que nous avons notées.

Les affections rencontrées furent évidemment très variées, notre médecine étant, par définition, une médecine polyvalente. Nos sanctions furent variées également, mais, la plupart du temps, personnelles : en effet, nous n'avons jamais pu faire appel à un spécialiste et nous nous sommes souvent heurté au refus aimable d'évacuation sur l'hôpital.

Les examens paracliniques furent limités à quelques scopies et clichés radiologiques, quelques étalements de sang et de pus, quelques BW, aucun examen de selles.

Très souvent, le traitement fut entrepris sans certitude de diagnostic et son efficacité nous permit d'envisager un nom pour des affections que nous ne pouvions identifier autrement.

Quoiqu'il en soit, du lot de nos malades, 3 groupes d'affections frappent d'emblée par leur fréquence particulièrement marquée :

- Les affections OCULAIRES : trachomes, et ophtalmies
- " " DERMATOLOGIQUES
- " " DIGESTIVES.

Nous les envisagerons tout d'abord.

I.- Ophtalmologie

Trois ordres de faits dominent la question :

- le trachome,
- les ophtalmies aiguës infectieuses,
- la pathologie oculaire du soleil.

A.- LE TRACHOME .

Nous avons pris comme critère de trachome en évolution :

1.- L'existence de granulations au niveau de la paupière supérieure :

- conjonctive tarsienne : fins nodules blancs grisâtres, donnant un aspect granité, en grain de semoule en réseau ;

- épines irritatives favorisent souvent de nouvelles greffes de surinfection (ophtalmies purulentes) :

  . le plus souvent, ce sont quelques opacités cornéennes, séquelles de panus supérieur (panus crassus) ;

  . coexistant fréquemment avec une ligne cicatricielle vernissée, claire, siégeant à la face postérieure de la paupière supérieure, le long du bord inférieur ;

  Cette ligne est parfois beaucoup plus étendue, donnant tout un réseau de travées fibreuses, blanchâtres.

  . Nous n'avons vu que peu d'entropion et trichiasis, un certain nombre de cécités définitives.

7.- La fréquence de complications de surinfection :

- conjonctivites aiguës purulentes, très contagieuses ;
- elles évoluent par épidémies saisonnières, particulièrement au printemps, mais également en été ;
- toute conjonctivite aiguë après 5 ans nous a toujours permis de découvrir, sous-jacentes, des lésions de trachomes en évolution.

8.- La présence de granulations chez deux européens autochtones.

9.- Sur le plan étiologique, nous signalerons 3 facteurs qui nous semblent prédisposants :

. le manque d'hygiène et le surpeuplement local,
. les mouches,
. les ophtalmies aiguës à répétition du nourrisson.

B.- LES OPHTALMIES AIGUES INFECTIEUSES :

Saisonnières, nous l'avons vu, elles s'abattent sous forme d'épidémies foudroyantes :

- Chez l'enfant et l'adulte : elles compliquent souvent, comme nous l'avons signalé, un trachome préexistant ;

- Chez le nourrisson : elles sont primitives.

Très fréquentes, sévères, elles donnent au petit malade cet aspect si fréquent en été dans tout mochta : visage bouffi, aux paupières oedématiées, blefardes, confluentes, dont l'interstice laisse sourdre quelques gouttes de pus où pullulent les mouches.

Aucun prélèvement qui eut permis l'isolement d'un agent microbien n'a été fait.

Notre agent thérapeutique fut unique, qu'il s'agisse de :

- trachome pur,
- trachome compliqué d'ophtalmie aiguë,
- d'ophtalmie aiguë du nourrisson

= AUREOMYCINE : solution pour instillation.

Le rythme des instillations seul fut variable.

- Dans toutes les manifestations aiguës :

1 goutte dans chaque oeil 4 à 5 fois par jour, après nettoyage soigneux à l'eau bouillie.

Régulièrement, cédation spectaculaire en 36 à 48 h.

- En cas de conjonctivite granuleuse pure :

1 goutte dans chaque oeil 5 à 6 fois par semaine pendant plusieurs mois.

Plusieurs fois, nous avons noté la disparition totale, définitive des follicules granuleux. S'agit-il de guérison thérapeutique ou spontanée : le problème reste posé.

Il semble, toutefois que ce traitement ait stoppé de nombreuses évolutions : nous n'avons jamais noté d'aggravation sensible sous traitement.

Ce fut, pour le moins, un excellent préventif contre les complications de surinfection microbienne.

C.- LA PATHOLOGIE OCULAIRE DU SOLEIL.

Nous avons classé dans ce paragraphe, 2 ordres de phénomènes qui nous semblent représenter les formes aiguës et chroniques du classique "coup de lumière".

1.- Forme aiguë :

Nous n'en avons vu que 2 cas, tous deux parmi les goumiers de notre escorte. Dans l'étiologie de ces accidents, nous avons incriminé chaque fois une longue randonnée en camion non bâché où le personnel était assis dos-à-dos, face au paysage désertique et scintillant, inondé par la lumière crue de l'été.

Le déclenchement des accidents se produisit après 4 à 5 heures de latence :

- douleur péri-orbitaire intense,
- larmoiement,
- blepharospasmes

forment une triade facilement reconnaissable. Une cécité nocturne persiste pendant 2 à 3 jours.

Le repos allongé en chambre semi-obscure, avec bandeau sur les yeux et l'ingestion de quelques cuillerées d'huile de foie de morue vinrent rapidement à bout de ces phénomènes.

Aucune séquelle n'est à signaler.

2.- La forme subaiguë chronique.

Nous paraît, par contre, beaucoup plus fréquente .

Relativement rare chez la femme qui reste souvent confinée chez elle, cette pathologie du soleil se manifeste essentiellement chez l'homme, surtout chez le nomade du sud. Nous avons noté :

- l'existence d'un larmoiement et surtout d'un blépharospasme permanent (qu'il est facile de différencier d'un ptosis trachomateux cicatriciel).
- enfin, l'apparition progressive d'un xérosis : épaississement triangulaire à base cornéenne de la conjonctive bulbaire, xérosis touchant d'abord les 2 plages externes, puis atteignant les plages internes, donnant alors l'aspect d'un losange à grand axe horizontal dans lequel la cornée semble enchâssée, losange épousant la forme de l'espace palpébral.

Cette kératinisation épaisse, avec néo-vaisseaux, progresse ensuite sur les parties voisines de la cornée entraînant une limitation du champ visuel et parfois cécité totale.

L'usage de lunettes desoleil que nous avons conseillé n'a, certes pas, fait régresser ces lésions : mais le soulagement qu'elle procurent ne fut pas dédaigné de nombreux indigènes,

D.- Nous signalerons, pour terminer, l'EXTREME FREQUENCE DES CATARACTES, particulièrement chez la femme âgée.

Nous en avons dirigé le plus possible sur l'hôpital d'Oran pour intervention.

II.- Dermatologie

Ce groupe d'affection nous fournit également un important contingent de malades, particulièrement chez les enfants.

Nous envisagerons successivement les différentes dermatoses que nous avons rencontrées :

1.- L'Impétigo :

- est extrêmement fréquent chez les enfants avant 15 ans ;
- évolue souvent sous forme de petites épidémies locales,
- donne des lésions étendues, disséminées, souvent confluentes.
- s'accompagne alors fréquemment d'un syndrome général fébrile.

Nous avons obtenu d'excellents résultats avec le traitement suivant :

. décapage à la solution au Permanganate 1°/..

. application = de pommade à l'oxyde jaune 3 %
.ou = depommade DALIBOUR en cas d'intolérance.

En cas de lésions étendues = Bipénicilline 500.000 U. par jour pendant 3 jours.

2.- Les Teignes.

Sont assez fréquentes chez les enfants des 2 centres de Wagram et Markoum, rares dans le bled.

Le diagnostic des formes fungiques nous fut impossible évidemment ; néanmoins, nous avons pu identifier cliniquement :

- des formes à grandes plaques isolées, avec cheveux coupés courts. En dehors des plaques, cheveux normaux. Ces formes les plus fréquentes évoquent les microspories.
- des formes à petites plaques avec persistance de cheveux sains au sein des plaques et surtout coexistence d'herpès circiné cutané.
  Ces formes, assez rares, évoquent les trichophyties.
- quelques formes évoquant le favus : grandes plaques croûteuses jaunâtres, recouvrant tout le cuir chevelu où persistent, noyés dans ce magma, quelques touffes de cheveux qui se détachent sans casser. La croûte enlevée, présence du godet favique.

Toutes ces formes furent évacuées sur l'hôpital de Safda pour traitement prolongé après épilation.

3.- Quelques cas de gale.

Furent identifiés avec présence de sillons indiscutables :

- la frotte classique au savon de Marseille,
- avec application de pommade d'Helmerich
  nous donnèrent de bons résultats.

4.- Les phtiriases et autres parasitismes (puces)

Furent fréquemment rencontrés.

Les lésions, très polymorphes, sont fréquemment remaniées par des lésions de grattage.

Il faut y penser systématiquement devant toute éruption diffuse.

Notre traitement fut simple :

- Pommade Delibour sur les lésions excoriées,
- et surtout pulvérisations abondantes de D.D.T. (poudre) suivant les principes déjà codifiés :
  - = 1 pulvérisation dans le dos,
  - = 1 dans chaque manche de djellaba
  - = 1 dans chaque jambe de sarouel
  - = 1 dans le kombouch.

Très efficace, ce traitement fut souvent réclamé par la population elle-même.

5.- 2 cas de syphilis cutanée ont été dénombrés :

- 1 roséole diffuse de
- 1 éruption papulo-croûteuse indurée de la face (pseudo-impétigo) résistant à un traitement banal d'impétigo.

Dans les 2 cas, le BW + vint nous signer le diagnostic. Nous avons obtenu dans les 2 cas, une négativation clinique des lésions par le traitement classique Pénicilline-Bismuth que nous envisagerons à propos du problème de la syphilis. Il fut impossible de faire des BW de contrôle après ces traitements.

6.- Très fréquentes sont toutes les staphylococcies et streptococcies cutanées.

- favorisées par l'hygiène lamentable et la promiscuité,
- évoluent également sous forme de petites épidémies familiales.

Nous avons déjà vu la fréquence de l'impétigo chez l'enfant.

Nous insisterons ici surtout sur :

- les plaies infectées, particulièrement les petites plaies qui ne sont jamais nettoyées ni soignées :
  - plaies ouvertes purulentes,
  - ou plaies par piqûres qui évoluent dans la règle vers l'abcès collecté.

  Sous traitement, l'évolution est bonne :

  = Lavage au Dakin répété - Pansement stérile - Incision d'abcès s'il y a lieu - mèchage au besoin avec gaze fine imprégnée de Dakin

  = Antibiotique par voie générale.

- les furoncles et anthrax, sont également fréquemment rencontrés :

  Nous nous sommes bornés à un traitement local soigneux :
  = nettoyage
  = pommade Collargol
  = pansement stérile.

Plusieurs tentatives de traitement antibiotique par voie parentérale se sont soldés par des échecs : évolution prolongée, sclérose cicatricielle importante.

7.- Nous avons rencontré un certain nombre de mycoses :

- Nous avons déjà signalé
  - les teignes,
  - les trichophyties cutanés.

- Quelques cas d'épidermophytie inguinale (eczéma marginé d'Hebra) heureusement influencés par
  - alcool Iodé
  - Ac. Undecylinique.

8.- Nous insisterons sur 2 lésions spéciales que nous n'avons pu identifier avec certitude :

a.- Le prurigo de la face interne des jambes

- affection relativement fréquente : nous en avons vu une trentaine de cas,
- observée uniquement chez l'homme,
- éruption de type miliaire, très prurigineuse, évoluant sous la forme de petites vésicules claires d'abord, puis louches et même souvent purulentes ; sur un fond d'érythème et de mélanose diffuse.
- cette éruption dure des mois, particulièrement en été.

Sur le plan étiologique, nous avons remarqué qu'il s'agissait constamment de cavaliers (cheval ou âne).

Deux hypothèses semblent possibles
s'intriquent même probablement :

, sudamina infectées
, éruptions de type pseudo-gale dûes à des acariens d'origine animale.

Sur le plan pratique, les meilleurs résultats furent obtenus par :

- la suppression, le plus possible et prolongée, du contact animal,
- le nettoyage et l'incision patiente des vésicules purulentes une à une, suivie de plusieurs applications de pommade Delibour et pansement stérile.
- dans un 2ème temps, après désinfection des lésions, application de pommade d'Helmérich talcage abondant.

b.- <u>Le placard croûteux-hypodermique des régions cervicales.</u>

- nous en avons identifié une dizaine de cas.
- La localisation à la face postérieure du cou est constante. Deux fois, nous avons observé quelques éléments abherrants au niveau d'un genou et d'une crête iliaque.
- c'est un placard dermo-hypodermique :
  , à contour nettement limité, polycyclique,
  . de couleur violacée ou grisâtre , d'aspect croûteux,
  , bourgeonnant, donnant un aspect mamelonné,
  . extrêmement dur au palper, formant un épais blindage ne se laissant pas plier,
  . présentant par endroits quelques orifices fistuleux, laissant sourdre un pus réduit, jaunâtre,
  . l'ensemble est très mobile sur les plans profonds.

L'évolution s'étale sur plusieurs mois et années, absolument indolore, sauf au début, n'entraînant aucun trouble de l'état général, sans tendance à la guérison spontanée.

Un prélèvement de pus a montré :
= l'existence de nombreux staphylo
= mais également la présence de filaments mycéliens qui n'ont pu être identifiés.

Nous pensons que ces lésions peuvent être identifiées avec les actinomycoses cervico-faciales déjà signalées fréquemment en Afrique du Nord.

Le traitement rationnel qui nous a paru être l'ablation en masse des lésions, vu leur importance, a été régulièrement refusé par les patients.

9.- <u>4 épithéliomas cutanés spino- ou basocellulaires</u>, ont été dirigés sur l'hôpital et opérés avec succès.

Confirmation anatomo-pathologique nous a été donnée à leur sujet

Les abdomens aigus nécessitant une sanction chirurgicale d'urgence furent extrêmement rares.

Nous n'avons évacué sur l'hôpital que 2 occlusions intestinales aiguës.

En particulier, nous n'avons vu aucun cas d'appendicite aiguë, aucune perforation.

Les abdomens médicaux furent donc le seul objet de nos soucis. Nous les avons groupés en 3 syndromes différents :

- les maladies ulcéreuses,
- les syndromes dysentériques aigus,
- les entéro-colopathies chroniques.

1.- LA MALADIE ULCEREUSE

Il s'agit d'ulcus de l'estomac et du duodénum.

Nous en avons mis en évidence 5 cas, cliniquement et radiologiquement, dont 1 ulcère invétéré du bulbe avec sténose pylorique.

Vu le nombre réduit de malades (8) auxquels nous avons pu imposer un examen radiologique qui nous donne une certitude, nous considérons le syndrome ulcéreux comme relativement fréquent parmi les populations autochtones.

Nombreux sont les malades présentant des signes cliniques d'ulcères digestifs que nous avons, sans confirmation radiologique, traités comme tels et, la plupart du temps, avec succès.

Dans l'étiologie de ces manifestations, outre le caractère déjà fréquemment anxieux de l'indigène à l'état naturel, il nous semble utile de rappeler les traumas psychiques successifs subis par celui-ci depuis quelques temps : nécessité de se plier passivement à deux autorités adverses mais perpétuellement présentes toutes deux. Autorités parfois librement acceptées et partagées certes, autorités le plus souvent subies, avec une impatience patiemment contenue, une fausse indifférence, une angoisse permanente.

Le traitement mis en route fut simple et efficace :

- Antal intra-veineux : 1 injection tous les 2 jours = 12 injections au total :
- sous-nitrate Bismuth per os - 10 g. tous les matins,
- teinture de Belladone : XX gouttes, 2 fois par jour après cessation de l'Antal,
- suppression des épices dans le régime.

Traitement prolongé plusieurs mois évidemment dans la mesure du possible. malheureusement sans contrôle radiologique .

2.- LES SYNDROMES DYSENTERIQUES AIGUS

Nous avons groupé, dans ce chapitre, toutes les manifestations cliniques évoquant l'amibiase aiguë.

Précisons immédiatement que tout examen de selles nous fut impossible, le premier laboratoire qualifié se trouvant à 200 km. ; éliminant le terme d'amibiase, nous ne retiendrons ici que celui de syndrome dysentérique en précisant quels furent nos critères cliniques :

- douleurs abdominales, d'évolution paroxystique, siégeant surtout sur le trajet colique irradiant vers l'anus sous forme d'empreintes expulsives,
- ténesme rectal avec sensation perpétuelle de corps étranger intra-rectal et faux besoins,
- selles au nombre de 3 à 10 en général, surtout selles fréquemment sanglantes et glaireuses donnant le classique crachat rectal isolé, afécal.

Ces phénomènes évoluent, en général, par poussées successives de 5 à 8 jours, parfois plus, irrégulières, fréquentes à la saison chaude, toujours accompagnées de signes généraux ; parfois fièvre à 38°, mais toujours asthénie intense et signes neuro-végétatifs importants : sudations et sensation de froid alternées (fièvre chaude et froide des indigènes sans traduction thermométrique), arthralgies, particulièrement au niveau des membres, vertiges et instabilité de position.

Ces manifestations furent traitées comme des amibiases intestinales :

= Bémarsal : 2 comprimés matin et soir, pendant 10 jours

= Canidan : 4 comprimés matin et soir pendant 10 jours

Puis, après ces 10 jours de traitement couplé,

= Diréxiode : 9 comprimés par jour pendant 20 jours.

L'effet spectaculaire du Canidan sur la diarrhée nous fit perdre de nombreux clients avant la fin de cette première cure. A fortiori, il nous fut impossible, le plupart du temps, de faire une cure de consolidation.

Une trentaine de ces furent ainsi traités avec rechute semblable dans les mois suivants.

Deux malades seulement acceptèrent de suivre 2 cures successives à 3 mois d'intervalle : nous avons réussi à leur faire passer tout le reste de notre séjour sans récidives aussi brutale, sans autre manifestation aiguë.

Quelques examens de selles fraîches seraient nécessaires pour fixer définitivement la nature de ces accidents : l'efficacité relative de 2 traitements à long terme nous laisse supposer qu'il s'agit d'amibiase autochtone/

Nous n'avons, par contre, découvert aucun cas d'hépatite consécutive.

3.- LES ENTERO-COLOPATHIES CHRONIQUES

Leur fréquence pose au médecin un problème quotidien : celui du "mal au ventre" permanent de toute une population.

Ce syndrome est, d'ailleurs, très connu de tous les services hospitaliers parisiens où il est classé définitivement et sans recours et sans espoirs, sous le vocable très précis de "syndrome d'Afrique du Nord".

Dans ce cadre extrêmement large, nous avons identifié 2 types de manifestations cliniques différentes :

a.- Les diarrhées permanentes ou semi-permanentes.

Le patient se plaint de douleurs abdominales intermittentes vagues, sourdes, parfois plus aiguës. A l'examen, l'abdomen est souple, parfois nettement météorisé, le coecum toujours gargouillant, ballonné, sensible.

Surtout, il existe une diarrhée bien spéciale quasi-permanente : 2 à 3 selles par jour, claires, abondantes et surtout molles, non moulées, s'étalant en bouse

Cet ensemble de manifestations se présente avec plus de netteté chez l'enfant jeune 2 à 5 ans, nous le verrons. L'abdomen est alors constamment météorisé, l'expulsion de gaz fréquente : l'évolution générale est souvent truffée d'épisodes diarrhéique aigus (10 à 12 selles par jour) particulièrement en été.

Ces phénomènes, extrêmement répandus, rappellent étroitement ceux de la dyspepsie des farineux.

b.- Les constipation intermittentes :

Ici aussi, le patient se plaint de douleurs abdominales, mais souvent plus intermittentes, plus violentes, plus paroxystiques. Ces douleurs sont diffuses mais assez souvent de topographie solaire. Il existe une hyperesthésie cutanée violente qui nous a une fois fait évacuer sur l'hôpital un malade avec le diagnostic erroné de perforation gastrique. La palpation profonde calme ces douleurs : les indigènes ont l'habitude, pour les faire cesser, de comprimer la région épigastrique avec le manche de leur gourdin.

Surtout ces douleurs de caractère au fond assez variable, mais toujours paroxystique, sont constamment accompagnées d'une alternance de constipation et de diarrhées.

Les selles sont petites, dures, fragmentées et d'aspect vernissé, brillantes, parfois enrobées de membranes.

Mais, régulièrement, tous les 3 à 8 jours, survient une débâcle diarrhéique avec scyballes , souvent provoqués par l'absorption de plantes purgatives.

Parfois, la diarrhée manque, l'individu exonérant constamment de petites selles friables, mêlées à du mucus. Signalons dans ce cas les résultats médiocres obtenus par 2 ou 3 purgations salines effectuées mal à propos.

Enfin, tous ces phénomènes sont violemment influencés par les émotions. Le cortège neuro-végétatif qui les accompagne nous a incité à les rapprocher de ceux de la colopathie muco-membraneuse.

Nous avons tenté de dégager dans ce chapitre des colopathies deux entités distinctes car s'opposant cliniquement. Certes, de nombreux cas typiques nous y ont incité ; néanmoins, il convient de préciser que nous avons rencontré de nombreuses formes mixtes, intermédiaires, pouvant se rattacher à la fois à chacun de ces 2 syndromes qui se succèdent chronologiquement ou s'interpénètrent.

Dans l'étiologie de ces incidents, nous retenons plusieurs éléments qui nous semblent déterminants :

a.- L'alimentation d'abord :

Et particulièrement le déséquilibre nutritionnel. Une bonne partie de la population ne se nourrit pratiquement que d'hydrate de carbone, nous l'avons vu (farine, semoule, galette, sucre), sous la forme de féculents. Il n'y a pas de légumes verts, peu de viande. Nous pensons que c'est là l'élément essentiel dans la génèse des diarrhées permanentes que nous avons décrites comme très proches de la dyspepsie des farineux. Cette étiologie est particulièrement nette chez l'enfant où les accidents surviennent en général rapidement après le sevrage qui est toujours brutal ; du jour au lendemain, en effet, le couscous quotidien remplace le lait maternel.

b.- Le parasitisme intestinal.

Joue vraisemblablement un grand rôle. Des examens de selles répétés permettraient rapidement d'en fixer le rôle exact.

- Nous avons déjà signalé les poussées de dysentéries aiguës, séparées par des périodes de chronicité.
- Signalons l'existence de fréquentes épidémies saisonnières de diarrhées survenant l'été.

Un seul véhicule est à incriminer et semble suffisant : l'eau qui est toujours puisée à même l'oued ou dans des puits fétides souillés d'excréments animaux.

Différentes hypothèses sont possibles quant aux agents en cause :

- Entamoeba hirtolitica, dans certains cas
- Lamblia Trichomonas Balantidium
- Bacille type Shiga ou Flexner
- Eberth ou paras.

Nous n'avons cependant identifié aucun cas clinique de typhoïde ou para.

c.- Le déséquilibre neuro-végétatif.

Nous paraît une cause déterminante, du moins actuellement.

Nous avons signalé certaines manifestations qui rappellent celles de la colopathie muco-membraneuse.

La colopathie muco-membraneuse est, en métropole, l'apanage des cités industrielles et ne se voit guère en milieu rural. Nous pensons que la guerre actuelle et l'insécurité permanente qu'elle entraîne parmi cette population tourmentée d'Afrique du Nord, doit être considérée comme un facteur non négligeable de toutes ces manifestations.

Nous signalerons encore une fois le rôle déterminant de certaines émotions dans le déclenchement de nombreux accidents digestifs. Nous évoquons ici, avec un certain sourire aujourd'hui rassuré, ces crises de diarrhée générale, rebelle, tenace, révélatrices pour nous, qui saisissaient brusquement les gardiens de notre Maghzen lorsque l'atmosphère politique locale s'alourdissait et que l'inquiétude s'installait plus intense, souveraine dans notre bordj.

d.- D'autres éléments étiologiques peuvent être envisagés, mais qui nous semblent mineurs.

- le rythme extrêmement variable des repas : que ce soit au point de vue horaire ou quantité d'un jour à l'autre,
- l'abus des mets épicés,
- l'ingestion, par les populations salariées, de conserves qui sont souvent gardées plusieurs heures ouvertes dans une atmosphère surchauffée,
- le rôle possible de certaines avitaminoses consécutives au déséquilibre alimentaire, en particulier avitaminose P.P. et entretenues par les diarrhées permanentes.

°°°

Notre action thérapeutique contre ces colopathies fut évidemment multiple et affaire d'intuition, de tâtonnement.

a.- Dans les colites alimentaires :

Nous demandions de varier l'alimentation au profit des viandes et légumes verts de diminuer les épices. L'efficacité de ces bonnes paroles fut évidemment réduite : la véritable thérapeutique est d'ordre social et économique.

Les levures et diastases donnèrent, par ex, quelques résultats encourageants.

b.- Lorsqu'il existait un élément infectieux ou parasitaire, particulièrement en cas de diarrhée saisonnière :

- Stovarsol 0,25 x 2 pendant 5 jours
ou - Nivaquine 0,10 x 3 " 5 "
couplé, la plupart du temps avec :

- Ganidan 0,50 x 8 pendant 3 jours.

Nous terminions toujours nos traitements par une petite cure de

- Sous-Nitrate de Bismuth : 5 gr. tous les matins à jeun.

c.- Si l'élément neuro-végétatif nous semblait important :

- Teinture Belladone : XX gttes x 3 pendant 2 jours
  puis : XX " par jour pendant quelque temps

ou - Largactil : XX gttes x 3 pendant 7 à 8 jours.

Les meilleurs résultats furent obtenus avec l'association { Canidon, Belladone, Diastases }

d.- Enfin, nous n'oublierons pas de signaler sur le plan prophylactique, l'action efficace menée par le Lieutenant de la S.A.S. qui s'efforça d'installer, en de nombreux douars, des points d'eau aménagés avec toute l'hygiène souhaitable, acceptant de bonne grâce certaines de nos suggestions.

IV.- Autres Affections

Nous venons d'exposer les 3 groupes d'affections qui s'imposèrent à nous par leur fréquence, nous posant un problème quotidien à résoudre.

Nous aborderons maintenant les différentes entités morbides que nous avons pu identifier à côté de ces dominantes ; les exposant systématiquement, nous insisterons particulièrement sur certains problèmes qui nous ont paru intéressants.

Nous envisagerons successivement :

- les AFFECTIONS PULMONAIRES et le problème de la TUBERCULOSE
- les MALADIES INFECTIEUSES
- les AFFECTIONS VENERIENNES
- le problème du PALUDISME
- les différents aspects de la CHIRURGIE et de l'OBSTETRIQUE
- quelques éléments de PEDIATRIE
- le SYNDROME PSYCHIQUE
- quelques problèmes particuliers
- le cas particulier des pratiques de guerre
- certains aspects de la médecine indigène.

A.- AFFECTIONS PULMONAIRES et TUBERCULOSE

1.- Tuberculose pulmonaire.

Nous avons réussi à faire pratiquer environ une soixantaine de scopies pulmonaires au Centre de Santé de Safda.

Aucun de ces examens n'eut un caractère systématique.

Nous exigions l'existence d'un minimum de signes de suspicion:

- Asthénie, anorexie, amaigrissement
- Toux, état subfébrile prolongé

ou

- Cuti + chez des enfants de moins de 15 ans
- Cuti phlycténulaire chez les adultes (examens faits systématiquement).

Cette pratique nous permit de mettre en évidence 5 foyers tuberculeux :

- 2 dans le centre de Wagram
- 1 à Merkoum
- 1 dans un douar isolé du nord
- 1 parmi les ouvriers d'une ferme

Aucun cas ne fut décelé parmi les nomades du Sud.

Les diagnostics, confirmés par radiographies et baccilloscopies, entraînèrent :

- 6 hospitalisations :
  - . 2 formes excavées bilatérales
  - . 4 infiltrats sous-claviculaires.
- 8 traitements ambulatoires :
  - . 2 infiltrats
  - . 6 virages de cuti avec images ganglionnaires.

Traitement simple : { Streptomycine 0,50 à 1 g. selon l'âge, 3 fois par semaine
{ Isoniazide, 1 comprimé par 10 kg. de poids et par jour.

Traitement prolongé et surveillé dans la mesure du possible par des radioscopies répétées au Centre de Santé.

Traitement efficace malgré la promiscuité et les refus d'isolement.

Aucun B.C.G. n'a été pratiqué.

Dans le cadre de la maladie tuberculeuse, nous signalerons :

- 2 adénopathies cervicales froides dont l'une en foyer décelé
- 1 mal de Pott dorsal avec fistule para-vertébrale.

Nous insisterons, pour terminer, sur l'énorme valeur diagnostique de la cuti-réaction pratiquée systématiquement, en l'absence d'autres examens possibles, même chez l'adulte.

Sur le plan étiologique, nous attribuons le caractère, somme toute, réduit de l'endémie tuberculeuse, particulièrement en campagne, à différents facteurs :

- L'habitation, certes lamentable et sans hygiène, mais extrêmement disséminée, promiscuité fâcheuse qui favorise les contaminations familiales, mais non surpopulation semblable aux centres urbains, facteur de forte endémie.
- L'absence de travailleurs en métropole qui, dans d'autres régions d'Algérie, représentent l'élément contaminateur.
- L'altitude : 1.200 m. - Le climat sain, vif et ensoleillé.

2.- Autres pneumopathies :

a.- Nous signalerons la particulière fréquence des pneumopathies aiguës type pneumonie.

- observées surtout l'hiver, mais également en saison chaude (les nuits demeurent froides sauf 2 mois de l'année), primitives.
- pneumopathies du nourrisson et du vieillard, en particulier.
- souvent d'allure suraiguë réagissant mal aux antibiotiques, même à forte dose.
- Nécessitant l'emploi d'analeptique cardio-vasculaire à forte dose, de méthodes déplétives (saignées).
- Facteur important de mortalité.

b.- Nous signalerons 1 kyste hydatique du poumon, révélé par une hémoptysie, soupçonné par radiographie, confirmé par Casoni +.

c.- Signalons, la fréquence hivernale des affections respiratoires aiguës : bronchites aiguës, trachéites, angines, sinusites...

. la rareté, par contre, des bronchorrées chroniques

. l'absence totale de manifestation asthmatiforme.

B.- MALADIES INFECTIEUSES

Nous n'avons identifié . aucun cas de variole
. " " de typhus.

Variole :

Signalons, à ce sujet, que les enfants d'âge scolaire sont, depuis plusieurs années, régulièrement soumis à la vaccination par un médecin des écoles. Des séances de vaccination collective avaient été, d'autre part, organisées sur une vaste échelle l'année précédente par le médecin A.M.G. du centre voisin d'Aïn el Hadjar (20 km.)

Typhus :

Notre action fut uniquement d'ordre prophylactique et se résuma dans la lutte contre l'agent vecteur : le pou.

Pratiquement, tous nos clients furent abondamment pulvérisés de poudre D.D.T. suivant la technique que nous avons indiquée à propos des phtiriases. Le succès de cette méthode fut immense et l'indigène vint souvent nous réclamer un petit sachet de ce produit avec lequel il poudroit abondamment ses couvertures et ses coussins personnels. Plus de 100 kg. de poudre D.D.T. furent ainsi distribués.

.°.

Nous signalerons maintenant 3 affections qui nous ont semblé exercer régulièrement de gros ravages dans notre région, parmi la population infantile :

- le coqueluche
- la rougeole
- les otites suppurées.

1.- Le coqueluche .

Nous avons assisté à 2 épidémies massives, l'une au centre de Wagram, l'autre dans le douar isolé de la montagne (Ouled Saharaoui) :

. épidémies de printemps et d'été,
. pratiquement, tous les enfants du village de Wagram, tous les enfants du douar Saharaoui furent atteints.

- A WAGRAM, notre action eut une efficacité certaine :

  = régime et hygiène. Les enfants furent isolés au maximum, allongés au chaud.
  = sédatifs de la toux.
  = Didromycine 0,25 à 0,50 par jour suivant l'âge, pendant 6 jours au minimum.

  Nous n'avons eu aucun décès, ni même la moindre complication.

- AU DOUAR SAHARAOUI, distant de 50 km, nous fûmes débordés par le nombre, la gravité des cas, le refus systématique d'hospitalisation ; les résultats furent lamentables.

  . 50 cas environ furent dénombrés.

  . ne pouvant assurer un traitement quotidien, nous nous sommes bornés à ne considérer que les formes fébriles apparemment compliquées : complications pulmonaires en particulier : bronchites et broncho-pneumonies.

  = Dihydro Bipénicilline 0,5° 500.000 : 1 injection tous les 2 à 3 jours ce qui représentait déjà pour nous un exploit matériel.
  = Analeptiques cardio-respiratoires per os.

  On conçoit le caractère inexistant d'une telle thérapeutique : 8 cas de décès parvinrent à notre connaissance . Il y en eut vraisemblablement beaucoup plus. Nous avions examiné 6 de ces malades : il s'agissait de broncho-pneumonies chez des nourrissons de 3 mois à 2 ans.

2.- Rougeole.

Là aussi, nous avons assisté à 2 épidémies massives dans 2 douars différents, dont un douar replié à Wagram.

. épidémies d'été, dans des mechtas infestées de mouches
. atteignant l'enfant et l'adolescent. Quelques rares cas chez le nourrisson.

Nous avons pu surveiller efficacement ces 2 épidémies par des visites répétées :

= conseils d'hygiène, entre autre destruction des mouches (pulvérisation de fly-tox)
= injection de Flocilline, 2 cc. ou 600.000 Unités à tous nos sujets présentant une rechute fébrile en rapport avec des signes pulmonaires ou otiques.
= en cas d'otite suppurée : traitement local H2 O2 + sol. Tifomycine.

Nous n'avons eu qu'un décès de nourrisson (6 mois) par broncho-pneumonie suraiguë pré-éruptive.

3.- Les otites suppurées.

- Nous avons déjà signalé les otites de la coqueluche et rougeole qui sont fréquentes.

- Nous insisterons ici particulièrement sur les otites aiguës primitives :

. Celles-ci évoluent sous la forme d'épidémies hivernales, souvent bilatérales.
. Ne se manifestant pratiquement que chez l'enfant.
. Très contagieuses. Rapidement tous les enfants d'un même douar sont atteints.
. Passent exceptionnellement à la chronicité.

Nous avons obtenu d'excellents résultats avec :

= Lavage d'oreille à la solution : { H2 O2 5 vol.
{ sol. boriquée stérilisée 2 %

= Instillation Tifomycine locale.

Les résultats ne furent pas supérieurs avec a djonction d'antibiotiques par voie générale.

.°.

Parmi les autres maladies infectieuses rencontrées :

- Nous avons déjà vu les épidémies d'ophtalmies purulentes.

- Nous signalerons 2 cas de méningite à liquide purulent non analysé, chez l'enfant.

Excellente rétrocession avec :

= Dihydro Bipénicilline 0,50 500.000 : 1 injection par jour pendant 5 jours
= Sulfathiazol : 6 comprimés par jour pendant 12 à 15 jours.

- Nous aborderons le problème de la rage en précisant que nous n'en avons noté aucun cas. Mais, par contre, par 2 fois, nous avons mis en train la vaccination prophylactique dans des familles qui avaient été en contact avec des animaux décla rés malades par le vétérinaire et abattus.

= Les injections de vaccins phéniqués furent bien supportées. Notons cependant l'existence, semble-t-il, fréquente de phénomènes de non résorption du vaccin.

- Rappelons les pneumonies et bronchopneumonies brutales primitives de l'enfant et du vieillard en particulier.

- Signalons l'absence de tétanos et de R.A.A. typique.

.°.

Nous conclurons ce chapitre en notant que les maladiesinfectieuses représentent, à notre avis, un des gros facteurs de la mortalité infantile.

C.- LES AFFECTIONS VENERIENNES

1.- La syphilis.

Au début de notre séjour, nous avons réussi à pratiquer une cinquantaine de prélèvements sanguins pour Réaction BW, systématiques. Les circonstances nous ont ensuite empêché de convoquer régulièrement un nombre suffisant de patients et d'évacuer rapidement le prélèvement jusqu'à destination (Oran, 20 km.)

Nous avons ainsi décelé 2 BW + chez d'anciens militaires, vétérans dela guerre d'Indochine, incorporés au goum (déjà traités durant leur séjour aux armées).

Au cours de la consultation, nous avons, d'autre part, mis en évidence :

- 1 chancre atypique du gland induré et phagédénique à BW +, évoluant depuis 1 à 2 mois.
- 1 roséole diffuse BW +
- 1 éruption croûteuse de la face impétiginisée BW +
- 3 gommes syphilitiques probables du nez avec élimination totale des os propres du nez.
- 1 gomme vraisemblable de la cheville, ulcération propre, à bords taillés à pic, évoluant sur plusieurs mois, absolument indolore.
- 2 tabès confirmés cliniquement révélés tous deux par des arthropathies typiques.

Nous n'avons pu pratiquer que dans 2 cas l'enquête réglementaire sur l'épouse : les BW des femmes de nos goumiers se révélèrent négatifs.

Nous avons entrepris un traitement d'attaque dans les 5 cas comportant un BW +

= 1 million de Bipénicilline par jour pendant 15 jours,
= 2 Bivatol par semaine, jusqu'à un total de 12 injections.

Bien que n'ayant pas de Cyanure de Hg, nous n'avons observé aucun phénomène de réactivation.

Nous n'avons pû contrôler l'efficacité d'aucun de nos traitements, sur le plan humoral.

- sur le plan clinique : disparition de la roséole, ce qui n'a rien de surprenant, mais également de l'éruption croûteuse de la face qui évoluait depuis 2 à 3 ans sous l'allure d'un impétigo torpide. Nous avons adjoint, dans ce cas, un traitement local à l'oxyde jaune de Hg.

Chez 3 de nos malades, nous avons réussi à pratiquer 3 cures de consolidation de 12 injections de Bivatol à 3 ou 4 mois d'intervalle.

2.- <u>La Gonococcie.</u>

Nous a semblé relativement fréquente.

Nous en avons noté une trentaine de cas, dont une dizaine confirmés par étalement sur lames.

C'est toujours l'homme qui vient consulter pour dysurie et écoulement, d'apparition, en général, récente.

Nous avons réussi, dans la plupart des cas, à convoquer l'épouse, à la traiter systématiquement sans prélèvement.

Dans tous les cas, nous avons rapidement obtenu une sédation spectaculaire des signes par :

= Flocilline : 1 million d'unités en 1 injection
= + Sulfathiazol : 8 comprimés par jour pendant 3 jours.

3.- Nous avons noté 2 cas particuliers qui nous ont paru être des chancres mous.

Il s'agissait de 2 ulcérations de la verge, non indurées à bords nets, légèrement creusantes et douloureuses, surtout abondamment surinfectées et purulentes. Dans un cas, xo - existence d'un gros bubon de l'aine. BW impossible.

Nous avons obtenu d'excellents résultats locaux par :

= Néttoyage local au Dakin + pommade Delibour
= Sulfamides et antibiotiques fungiques par voie générale.

D.- LE PROBLEME du PALUDISME

L'endémie palustre est nulle dans la région, nous pouvons l'affirmer.

- Au début de notre séjour, différents épisodes cliniques nous ont cependant induit en erreur.

. Il s'agissait en général de malades se plaignant de sensations alternées de chaud intense avec sudations et de froid avec pâleur et tremblement. La prise régulière de la température nous a montré que ces phénomènes ne s'accompagnaient d'aucune variation thermique : nous pensons qu'il s'agissait de manifestations neurotoniques périphériques, dans le cadre des phénomènes colitiques déjà signalés et toujours présents.

. Ces alternances de sudations profuses et pâleur ("fièvre chaude" et "froide" des autochtones") s'accompagnèrent parfois de traductions thermiques objectives : succession de clochers quotidiens ou tous les 2 ou 3 jours.

- Dans 1 cas, il s'agissait d'une tuberculose excavée bilatérale ;

- Dans tous les autres cas, il nous a semblé légitime d'évoquer :
  . soit des poussées infectieuses colitiques réagissant bien au Ganidan,
  . soit des manifestations d'ordre mélitococcique ne cédant pas au Ganidan
  Aucune confirmation d'ordre paraclinique n'a pu nous être donnée.

- En tout état de cause, nous avons pu éliminer avec certitude le paludisme dans la génèse de ces accidents.

En effet :

1.- Tous les étalements et gouttes épaisses faits à l'acmé fébrile (une quinzaine environ) ont été négatifs.

2.- D'autre part, en collaboration avec la section malariologique de l'I.P. d'Alger, nous avons pratiqué :

a.- une enquête dans différents douars de la région portant sur 200 enfants environ qui a montré un indice splénique nul.

b.- une recherche de larves dans différents oueds infestés de moustiques a permis de noter la présence de nombreux culicides, mais d'aucun anophèle.

Ces constatations n'ont, somme toute, rien pour nous étonner vu l'altitude (1.200) où s'exerçait notre activité.

E.- LES DIFFERENTS ASPECTS de l'OBSTETRIQUE et de la CHIRURGIE

1.- Obstétrique.

La femme indigène accouche en présence d'une matrone et loin des hommes. Accroupie sur ses talons, au-dessus d'une petite fosse creusée dans la terre battue, elle supporte la douleur avec patience, sans une plainte. A l'expulsion, la matrone fait souvent souffler la parturiente dans une bouteille et obtient ainsi d'excellentes poussées. Le cordon sectionné, le nouveau-né est frictionné de certaines essences, puis emmailloté par deux femmes dissimulées sous une légère tenture.

On ne fit appel à notre concours que pour des accouchements anormaux ; nous avons accepté dans un nombre limité de cas :

- Dans la grande majorité des cas : arrêt de travail par inertie utérine chez ces femmes qui sont rapidement toutes de grandes multipares :
  - = Sulfate de Spartéine,
  - = Post-hypophyse par 2 ou 3 unités à dilatation complète viennent rapidement à bout de ces incidents.

- 1 placenta praevia et 2 bassins dystociques ont été dirigés sur l'hôpital de Beïda pour césarienne.

- 1 grande extraction avec version par manoeuvre interne sur enfant mort, que nous avons réussi par hasard, nous l'avouons, après refus d'hospitalisation : présentation transverse sans procidence de membre. Bon rétablissement de la mère sous antibiotiques après délivrance artificielle.

- 2 accouchements normaux chez des européennes de Wagram.

Nous pensons que les accidents dystociques et surtout les hémorragies de la délivrance sont beaucoup plus fréquents, mais nous n'en avons que rarement été avertis. Plusieurs décès en cours de couches nous ont été signalés, au cours de nos tournées, la plupart du temps, nous semble-t-il, par hémorragie de la délivrance : inertie utérine chez de grandes multipares.

2.- Chirurgie.

Nos diagnostics chirurgicaux furent peu nombreux. En particulier, nous n'avons rencontré que de très rares urgences. Nous attribuons cette rareté à 2 ordres de faits :

- l'indigène ne fait appel en général à notre concours qu'après 2 ou 3 jours d'évolution, si ce n'est plus. Donc, la plupart du temps, guérison spontanée ou exitus.

- notre répugnance de nous déplacer sur appel : certain de nos confrères ayant eu une fâcheuse surprise d'ordre personnel dans ce genre d'entreprise, héroïque certes, mais fort imprudence et inutile à notre avis en pays d'insécurité. Ceci est également valable pour les accouchements.

Néanmoins, nous avons réussi à mettre en évidence :

- 2 occlusions intestinales aiguës manifestes évacuées sur l'hôpital de Saïda :
  - dont l'une par étranglement herniaire,
  - l'autre, occlusion fonctionnelle d'origine inconnue chez une jeune femme, ayant cédé au transport.
- 1 ictère par rétention dû à une lithiase cholédocienne, évoluant depuis 2 mois, opéré avec succès à l'hôpital de Saïda.
- 2 rétentions urinaires aiguës :
  - l'une par adénome prostatique opéré à Saïda,
  - l'autre par rétrécissement uréthral. Sondage impossible.
    - = nécessité d'une ponction sus-pubienne, sous antibiotiques
    - = antispasmodiques
    - = évacuations pour dilatations.
- Aucune appendicite ou perforation.
- 1 fracture de cuisse évacuée sur Saïda (chute de cheval). Extrême rareté de ces accidents, en général.
- 2 éléphantiasis: du scrotum (5 à 10 kg.) Origine ? - Refus intervention.

Par contre, au dispensaire de Wagram, nous avons procédé à de nombreuses petites interventions, sous anesthésie locale :

- abcès après piqûres, en particulier par échardes,
- panaris de la pulpe et péri-inguéaux (ablation d'ongles)
- sutures cutanées après chutes de cheval

Nous avons vu 8 à 10 cas de congestion mammaire de l'allaitement avec crevasses profondes et lymphangite ; température à 40°.

- = arrêt momentané de l'allaitement
- = antibiotiques par voie générale
- = compresses alcoolisées en vinrent rapidement à bout.

- un seul abcès du sein chez une européenne :
  - = incision sous kélène. Méchage répété. Bon résultat.

Nous verrons ultérieurement les problèmes particuliers qui nous furent posés par les blessés de guerre.

F. - QUELQUES ELEMENTS de PEDIATRIE

Nous n'envisagerons que quelques aspects très limités de la question :

Nous avons déjà signalé la présence des
- ophtalmies purulentes
- maladies infectieuses
- otites aiguës.

1.- Le Rachitisme.

Pratiquement inexistant dans la région, ce qui n'a rien pour nous surprendre :

- jusqu'à l'âge de 1 an, le bébé demeure certes confiné dans l'ombre d'une pièce obscure, mais uniquement nourri au sein maternel.
- dès l'âge d'1 an, l'enfant trotte toute la journée au soleil, à moitié nu.

2.- Les Gastro-entérites.

Extrêmement fréquentes, nous l'avons vu, dont l'étiologie relève vraisemblablement à la fois :

. des erreurs de régime : dyspepsie des farineux
. du parasitisme.

Le tableau réalisé est mono-symptomatique, présent dans toutes les familles sans exception, très net sur les enfants de 1 à 3 ans en particulier :

= enfant d'allure souvent solide, mais gros abdomen proéminent et tympanique ; diarrhée quasi-permanente faite de selles molles, jaunes, étalées.

En été, les poussées de diarrhée aiguë sont fréquentes avec hyperthermie. Nous avons eu d'excellents résultats avec le traitement suivant :

= Diète ou jus de carotte suivant la tolérance gastrique
= Canidan dilué 1 à 2 g, suivant l'âge par doses fractionnées. Traitement très court : 1 à 2 jours.
= ferment lactique
= réhydratation systématique dès le début de l'affection : 50 à 150 cc. sous-cutané sérum physiologique
= puis régime et conseils d'hygiène.

Nous avons pu voir un nombre respectable de toxicoses aiguës dont certaines suivies d'un exitus rapide malgré toute tentative de traitement.

3.- Les Pneumo- et bronchO-pneumopathies aiguës.

Fréquentes au cours des maladies infectieuses.

Mais également primitives, surtout en hiver.

Extrêmement brutales, évoluant sur un mode suraigu ; nous n'avons eu qu'un nombre limité de succès.

LA MORTALITE INFANTILE.

Bien que nous ne puissions faire état de chiffres précis, celle-ci nous semble encore très élevée. Nombreuses sont les familles où 3 à 4 enfants ont disparu en bas-âge, si ce n'est plus.

Comme facteur de cette mortalité nous retenons essentiellement :

- les maladies infectieuses épidémiques et, en particulier, leurs complications pulmonaires ; nous rappelons ici l'épidémie de coqueluche du douar Saharaoui qui a , pratiquement, éliminé tous les nourrissons et enfants de moins de 3 ans.

- les syndromes neurotoxiques secondaires à des gastro-entérites aiguës saisonnières ou à des erreurs grossières de régime jointes à l'absence totale d'hygiène.

- les pneumopathies aiguës primitives.

C.- LE SYNDROME PSYCHIQUE

Nous n'envisagerons pas ici le problème des maladies mentales : manie, mélancolie, démence... Nous n'en avons aucun cas à signaler.

Nous insisterons plus particulièrement sur les états névropathiques qui nous ont paru, par contre, extrêmement fréquents.

1.- Les états psychasténiques.

Ils forment, à notre avis, une des composantes du caractère fataliste si souvent décrit de l'indigène. Aboulie qui engendre le doute et l'inaction.

Fréquent à notre avis, ce syndrome évolue par poussées, poussées qui ne sont pas sans rapport avec certains éléments organiques. Nous retiendrons essentiellement, dans la génèse de ces manifestations, les cholopathies chroniques et leurs poussées aiguës.

Le traitement de la colopathie : quelques injections d'arsenic-strychnine amènent régulièrement une nette amélioration de l'état psychique.

2.- Les impulsions.

Nous estimons qu'il existe une participation psycho-pathologique importante dans la génèse de certains actes individuels ou collectifs entraînant des conséquences judiciaires. Tout au long de notre séjour, nous avons pu noter la fréquence des "règlements de comptes", des rixes, des "néphras" entre 2 douars hostiles, des disputes bruyantes à la moindre occasion : excès qui paraissent peu compatibles avec un équilibre psychique normal. Nombreux, à notre avis, sont les crimes passionnels ou par intérêt commis sous le couvert de la rebellion ; nombreux sont les actes de guerre perpétrés par l'ordre de la rebellion, auxquels le ou les exécuteurs ont spontanément ajouté une note personnelle et excessive qui en font des actes délictueux.

Chaque fois, tous ces excès, ces manifestations "inhumaines" sont unanimement et aussi, sincèrement à notre avis, condamnés par ceux-là même qui en sont les auteurs ... Mais ils n'en sont pas moins régulièrement commis. L'indigène le déplore, mais toujours "fataliste", se soumet à la volonté divine, à cette vérité obscure parfois qui s'exprime en lui. Nous pensons qu'il s'agit là d'un mécanisme impulsif avec trouble de la volonté, mais non de la conscience.

3.- Les angoisses - Les anxiétés.

Celles-ci sont souvent provoquées par les diverses situations de la vie quotidienne. De tous temps, il y eut en cette région vols, viols et crimes nombreux. Les anciens du village ont encore présents en leur mémoire les "razzous" des nomades du sud avec leur cortège de dévastations, pillages et incendies. La guerre actuelle n'a fait que remettre en honneur des pratiques anciennes dans un pays qui ne les avait jamais complètement oubliées, dans un pays qui n'a jamais connu la sécurité.

Incertaine, menacée de tous les côtés à la fois, toujours sur le qui-vive, la vie se poursuit et espère survivre au lendemain ; les épidémies, la famine parfois, le feu, le couteau en font un phénomène accidentel que nul ne songe à respecter. Par-delà les désastres naturels et la volonté des hommes, Allah seul dispose ; ses desseins sont impénétrables, mais toujours acceptés avec soumission ; sans esprit de révolte, mais non sans une anxiété toujours latente.

Nous estimons, quant à nous, que ces trois états névropathiques : psychasténie, impulsions, anxiétés représentent les bases de la psychopathologie nord-africaine du bled. Exacerbés par la guerre actuelle, s'interpénétrent, se succédant chronologiquement avec une rapidité déconcertante, derrière un visage toujours serein et indifférent en apparence, ces trois éléments se retrouvent chez pratiquement tous les individus. Ces explosions collectives, si souvent signalées, brutales et soudaines, ne sont que l'expression au grand jour selon un mode impulsif d'une vie psychologique extrêmement tourmentée, inquiète, qu'un trouble de la volonté empêche de s'épanouir dans une activité quotidienne.

L'étiologie d'un tel syndrome est évidemment complexe.

Outre l'élément racial, sur lequel il nous semble difficile d'agir, d'autres facteurs peuvent être retenus.

Sur le plan médical, nous avons vu le rôle de certaines colopathies chroniques qui nous semblent déterminantes dans leurs formes à expression psychique.

Sur le plan économique, l'amélioration des conditions de vie, de l'alimentation, de l'habitation, l'éveil de la curiosité et de l'esprit d'entreprise par une instruction mais aussi une éducation bien comprise ; tous ces éléments nous semblent avoir leur importance dans le traitement d'un tel syndrome collectif.

Mais il demeure évident que le principal écueil actuel en ce domaine c'est la guerre : guerre bien spéciale, toute individuelle, d'homme à homme le plus souvent et qui n'a rien de commun avec les exterminations massives et impersonnelles de l'époque moderne. Prolongement d'une criminalité élevée, existant depuis toujours, entretenue par l'hostilité de deux populations qui coexistent depuis 150 ans, cette guerre représente l'obstacle essentiel à un équilibre psychologique normal. Présente dans tous les foyers, tout à tour génératrice d'enthousiasme impulsif ou d'inquiète soumission, elle exacerbe au plus haut point l'instabilité naturelle de la race.

H.- QUELQUES PROBLEMES PARTICULIERS

Nous groupons, sous cette rubrique, une série de remarques, sans liens entre elles, que nous exposerons successivement.

1.- Les Insolations.

Le coup de chaleur vrai avec déshydratation aiguë n'a jamais été remarqué.

Par contre, nous avons noté un certain nombre de formes frustes et subaiguës chez des européens et, en particulier, les enfants. Il semble que la chaleur excessive par temps couvert soit la principale responsable de ces accidents.

Installation brutale d'un triple syndrome :

- hyperthermie à 40° avec rougeur diffuse et chaleur de la face et des téguments
- dyspnée importante avec polypnée sans signes auscultatoires,
- céphalée violente avec agitation, et parfois délire et crises comitiales (1 cas).

Le traitement de tels accidents fut simple :

= repos au lit à l'obscurité pratiquement nu.
= compresses d'eau froide vinaigrée sur le front,
= sédatifs nerveux ,
= 1 ou 2 enveloppements mouillés à 30 -35° environ,
= réhydratation :
Dans la plupart des cas boissons tièdes légèrement sucrées ou salées par petites quantités répétées,
Si signes de gravité ou vomissements : serum physiologique par voie sous-cutanée.

L'évolution fut extrêmement favorable en 3 à 5 jours.

2.- Les sangsues.

Celles-ci parasitent toutes les eaux de boissons et sont fréquemment ingérées par les enfants.

Devant tout écoulement sanglant de la bouche et du nez, l'expérience nous a appris à rechercher systématiquement le parasitisme par sangsue.

Celle-ci se fixe en général sur la paroi postérieure du pharynx ou l'orifice oesophagien. Dans ce dernier cas, elle n'est pas visible à l'inspection de la cavité buccale. Il faut alors faire tousser et au besoin vomir le petit malade qui, par cette méthode, accoucho de l'extrémité distale de la sangsue entre les 2 piliers postérieurs. L'ablation à la pince est alors facile.

L'état général peut être atteint assez sérieusement ; nous avons assisté à une hématémèse assez importante par sang dégluti, avec asthénie et pâleur.

3.- L'alcoolisme.

Pratiquement nul parmi la population indigène. Nous n'en avons relevé que 3 cas, chaque fois il s'agissait d'anciens militaires, sous-officiers en retraite.

Dans cette région de civilisation ancestrale, la religion musulmane qui régit tous les us et coutumes locaux est l'obstacle unique mais suffisant à l'extension de ce fléau européen.

Nous rappelerons ici ce proverbe arabe que notre chef indigène du Maghzen avait toujours à la bouche :

"Quand un homme boit un verre il devient lion
"Deux verres, il devient singe,
"Trois verres, il devient cochon."

La honte de cette dernière comparaison avec l'animal, objet de tous les mépris et répugnances suffit, pour le moment, à préserver l'indigène du bled de ce vice qui conquiert déjà les villes.

4.- Les Helminthiases intestinales.

- Nous n'avons noté que quelques taeniasis et la plupart du temps chez l'européen.

L'indigène qui absorbe de la viande, mange de la chèvre ou du mouton, rarement du boeuf, jamais de porc.

- Par contre, nous avons observé d'assez nombreuses infestations par oxuyres et ascaris.

Des résultats satisfaisants ont été obtenus par le sirop de Pipérazine,
= 2 cures de 2 jours, espacées d'une semaine.

Il demeure évident qu'en l'absence d'examen de selles, de tels diagnostics uniquement cliniques demeurèrent insuffisants.

Des examens de selles systématiques, chez l'enfant en particulier, nous paraissent souhaitables pour fixer l'ampleur de ces infestations et le rôle d'autres helminthes que nous n'avons pu mettre en évidence : Himenolepis nana, en particulier.

5.- Agents venimeux.

- Nous n'avons vu aucune morsure de serpent, bien mieux, nous n'avons vu aucun serpent si ce n'est dans les bras de bonimenteurs publics.

- Deux fois, nous avons eu affaire à des piqûres de scorpion, dont une fois chez un enfant de 5 ans.

Nous avons noté : douleur, oedème local, très léger choc ; un ensemble sans gravité.

Guérison en 36 h. par = repos au lit
= compresses froides locales
= sérum antiscorpionique.

6.- Absence quasi-totale de 2 syndromes fréquents en métropole :

- L'allergie sous toutes ses formes.
- La maladie hypertensive : les nombreux contrôles manométriques effectués au dispensaire de Wagram se montrèrent tous normaux.

7.- Un syndrome particulier a été mis en évidence dont nous avons noté 3 cas exactement semblables :

Il s'agissait dans nos trois observations :

D'une femme de 45 à 55 ans environ, ménopausée semble-t-il, chez qui s'était installé, progressivement, en 5 à 10 ans, un syndrome osseux particulier :

. douleurs extrêmement vives particulièrement au niveau du rachis lombaire,
. fractures spontanées multiples (10 à 20) avec consolidation médiocre en mauvaise position,
. déformation et, en particulier, incurvation importante de la colonne vertébrale donnant une cypho-scoliose par tassement vraisemblable ; saillie importante du sternum, du pubis ; os longs des membres en demi-cercle.

Cet ensemble de manifestations avait peu à peu confiné nos malades sur leurs nattes.

Lorsque nous avons eu l'occasion de les examiner, il s'agissait de véritables "femmes boules" ou "femmes tas" dont la tête appuyait sur le pubis, les genoux collés aux omoplates, les bras tassés entre les pieds. Cette position était fixée par des rétractions tendineuses importantes.

La lucidité semblait normale, la parole également. Toutes les fonctions végétatives se poursuivaient malgré l'ankylose totale et généralisée.

Nous avons pu revoir plusieurs fois nos malades au cours de notre séjour dans ce même état stationnaire.

Sur le plan étiologique, en l'absence de radio et de laboratoire, nous ne saurions préciser le rôle respectif :

. de l'ostéomalacie par carence phosphocalcique,
. de l'ostéoporose sénile précoce,
. de l'ostéose parathyroïdienne.

Nous signalerons cependant :

- l'apparition de ce syndrome chez 3 femmes de 40 à 50 ans,
- ces femmes étaient toutes trois de grandes multipares (10 à 16 enfants vivants ou morts) fait qui a pu favoriser une certaine déperdition phospho-calcique.
- Les carences alimentaires ne semblent pas devoir être retenues. Le lait de chèvre, le fromage, les oeufs consommés épisodiquement il est vrai, fournissent cependant, à notre avis, une ration suffisante de Vitamine D et de calcium.

- La carence solaire dans un pays inondé de lumière semble, par contre, être réelle. Il s'agit de femmes qui passent tous leurs jours confinées dans l'ombre de leurs machtas, allaitant inlassablement leurs enfants innombrables (nouvelle déperdition de calcium). Dehors le port du voile est obligatoire et cette coutume est fidèlement observée jusqu'à l'âge de 50 ans environ.

- Il est possible que certains troubles de l'assimilation soient également en cause :

  . nous retiendrons les diarrhées chroniques qui peuvent gêner l'absorption intestinale du Ca et de la Vit. D.

  . enfin, certaines substances sont capables d'inhiber l'absorption intestinale du calcium. Parmi celles-ci, il nous semble judicieux de retenir l'acide phytique du son des céréales ; nous rappellerons, à cette occasion, une fois de plus, l'usage alimentaire immodéré des farines insuffisamment blutées (galettes de son en particulier)

Il nous semble en conséquence judicieux, jusqu'à plus ample information, de considérer ce syndrome comme une ostéomalacie par carence phospho-calcique, ce qui n'élimine en rien d'ailleurs une participation secondaire, d'origine parathyroïde.

I.- PROBLEME PARTICULIER de la PRATIQUE de GUERRE

1.- Nous groupons sous cette rubrique toutes les urgences traumatiques en rapport direct ou indirect avec la guérilla.

Nous avons toujours tenu à accompagner notre unité avec :

. notre personnel infirmier,
. un matériel de soins d'urgence,
. un appareillage d'urgence.

Heureusement, nous n'avons jamais eu à nous en servir pour nos propres goumiers.

Par contre, nous avons eu souvent l'occasion de donner nos soins aux civils, victimes de sévices divers.

a.- Soins aux blessés indigènes civils.

- blessés par les forces de l'ordre :
  . 2 par un mitraillage d'avion sur rassemblement,
  . 1 pour circuler après le couvre-feu.

- blessés par les rebelles :
  événement fréquent, blessures banales en général : matraquage, parfois plaies par balles.

- blessés par nephres entre douars (vendetta) . L'une d'elles nous a fait évacuer 15 blessés.

  Il nous a fallu aller rechercher ces blessés dans les lieux les plus reculés. L'un d'eux avait déjà fait 20 km. à cheval dans notre direction quand nous l'avons recueilli.

- Il nous est arrivé d'être débordé par le nombre et la multiplicité des lésions : Massacre du douar Aïn Manaa par les rebelles 31 Mai 1957 : 47 blessés, plaies par balles et haches.

Technique.

- soins superficiels pour les blessés légers.
- pour les autres, évacuation sur l'hôpital de Saïda après :
  - appareillage de fortune,
  - morphine 1 cc. coramine S.C.
  - et surtout le fatidique "triage", parfois trop rapide, trop superficiel, imposé { par la longueur des évacuations 40 km.
    { les mauvaises conditions : pistes, installation rudimentaire du camion.

b.- Un certain nombre de constats de décès de type médico-légal.

Nous fut demandé, de plus en plus succincts, au fur et à mesure que leur bombre croissait.

- description et nombre des blessures.
- identification de l'instrument utilisé :
  - balles = orifice d'entrée et de sortie,
    = souvent, tir à bout portant avec projection de poudre.
  - instrument contondant et tranchant : haches.
  - petits instruments tranchants, maniés par les femmes en général.
  - rasoir souvent utilisé pour l'égorgement.

Nous avons groupé arbitrairement ces constats en 2 groupes :

- décès par balles uniquement : il s'agit, en général, d'embuscades montées par des troupes régulières et solidement encadrées.
- décès par origines multiples comportant toujours l'égorgement et parfois des mutilations.

Il s'agit souvent de crimes commis par des irréguliers ; parfois avec la participation des femmes ; pour des motifs en partie personnels (dans la mesure où nous l'avons appris ultérieurement)

Nous avons relevé jusqu'à 36 morts dans les mêmes lieux (Aïn Manaa 31 Mai).

Nous avons compté jusqu'à 17 plaies sur le corps d'une femme.

2.- Nous rattacherons à ce chapitre divers examens que nous avons pratiqués sur la requête de notre officier S.A.S.

Mise en évidence de :

- viols sur une fillette impubère,
- sodomies sur jeunes mineurs (bergers) avec plaies importantes de la marge de l'anus (relativement fréquent)

- Examens prénuptiaux visant à éviter le mariage des filles non nubiles. Malgré ceci, il est impossible d'empêcher cette coutume encore courante.

- Coups et blessures sur la femme qui a tenté de fuir le domicile conjugal. Sur le plan pratique, la fuite et le refuge sous le toit paternel sont les seuls droits de la femme musulmane ; si elle réussit, le mari n'a plus aucun recours et doit accumuler une nouvelle dot qu'il offrira à un 2ème beau-père éventuel (1/2 argent liquide, 1/2 bijoux pour la fiancée : 30.000 francs au total)

J.- CERTAINS ASPECTS de la MEDECINE NORD-AFRICAINE

- Il n'existe pas de toubib, de médecin indigène.

- Mais on trouve : . des circoncisseurs qui se déplacent de douar en douar
  . des charlatans nomades, bonimenteurs de places publiques vendant des drogues, plus ou moins merveilleuses,
  . de vieilles femmes possédant des secrets, des recettes miraculeuses.

MOYENS THERAPEUTIQUES. Ils sont multiples.

1.- Moyens physiques.

- le lien serré autour des bras contre les douleurs diffuses des membres

- la ceinture serrée autour de l'ombilic contre les coliques ou la pression avec le manche d'un bâton dans la région solaire contre les paroxysmes douloureux (cs. sorro).

- les pointes de feu très employées :
  . soit pointes faites avec des aiguilles
  . soit stries parallèles et croisées faites au couteau

Elles sont employées contre les douleurs les plus variées, mais plutôt de caractère chronique, semble-t-il (céphalées, lombalgie, arthrites ...)

2.- Les décoctions ou infusions.

La plus répandue est la décoction de "Chirrh" (l'armoise semble-t-il), efficace contre certaines gastralgies, le romarin est également employé.

Nous aborderons ici un problème particulier : nous avons déjà signalé l'existence d'un certain nombre de glycosuries limites décelées à la liqueur de Fehling. Ces glycosuries nous ont paru être de simples glycosuries de surcharge par hyperglycémie : vraisemblablement secondaire à l'alimentation hyperglucidique; car nous n'avons vu aucun diabète vrai ni cétonurie. Néanmoins, il arrive que de temps en temps un indigène se plaigne de la soif : phénomène qu'il considère comme anormal. Deux fois nous avons décelé une glycosurie modeste et nous avons pu constater qu'il ingurgitait, pour calmer cette sensation de soif, une décoction de feuilles de plantes nommées Tabia ou Merioua. La disparition de la glycosurie ne prouve rien puisqu'il s'agit vraisemblablement de flèches transitoires, d'origine alimentaire.

Néanmoins, nous avons rapproché ce fait de 2 publications récentes :

a.- un nouveau produit glucolytique : Société Médicale des Hôpitaux (11 janvier 1957) ayant trait à la feuille d'avocatier et son emploi dans le sud marocain (Doct. F. RAMON)

b.- Contribution à l'étude du Zygophyllum cornutum (Bou Gribo du sud tunisien), nouvelle plante hypoglycémiante. Tunisie Médicale n° 9 de 1957 . Et son emploi dans le sud tunisien par les indigènes diabétiques (Docteurs Nahum et Perez).

Nous laissons le problème entier.

3.- Pommades et liniments.

Sont très employés sur les plaies de toutes sortes.

A base de résine, de goudron, mélangé à des graines que nous ne saurions préciser.

Nous avons remarqué l'efficacité, en particulier, de ces baumes appliqués largement dans la prévention des infections. Le pansement enlevé, les plaies sont belles et magnifiquement détergées.

Nous en rapprocherons les pansements après circoncision : toute l'extrémité de la verge est enveloppée d'une masse de resine qui reste en place 7 à 15 jours et s'expulse d'elle-même à la cicatrisation ; un trou est ménagé pour les mictions.

Nous n'avons vu que 4 ou 5 accidents suppurétifs ayant nécessité l'ablation prématurée de la résine et un traitement plus moderne.

4.- Les pratiques religieuses.

- les prières au marabout sont très utilisées.

Le malade s'y déplace en personne accompagné de son conjoint ou de ses enfants.

- Les amulettes en cuir contenant des versets du Coran sont fréquemment portées à même la peau dans un rôle préventif mais également curatif.

- La mort, violente en particulier, est considérée avec pitié, mais également avec un certain mépris. Celui qui en est victime n'avait pas la "baraka", la confiance d'Allah. L'indigène recherche souvent la fréquentation de ceux qu'il estime touchés par la "baraka" et qui disposent d'un pouvoir rayonnant.

5.- Superstitions.

- La chouette est l'animal de la mort et son cri lugubre dans la nuit fit frémir sonner maints de nos goumiers.

- Le "soleil" est l'équivalent de notre insolation. Son diagnostic et son traitement sont assurés grâce à un processus compliqué associant l'ascension d'eau dans un bol retourné sur une assiette pleine et une prière magique.

- Le "mauvais oeil" générateur de maladies est en général décoché par une voisine malveillante. Le mal est fatal, progressif, implacable. Seul un marabout en personne peut conjurer un pareil sort par ses incantations.

Nous préciserons que toutes ces superstitions sont étroitement partagées par l'ensemble de la population : musulmans et chrétiens de condition modeste.

C O N C L U S I O N S

Le travail que nous présentons ici est le résultat de quatorze mois de présence et d'Assistance Médicale Gratuite dans le cadre d'une Section Administrative Spécialisée de l'Algérie en guerre.

C'est un travail dispersé, souvent insuffisant du fait même des circonstances auxquelles nous nous sommes heurtés. Nous espérons néanmoins avoir réussi à fixer "un moment" de l'évolution sur le plan social et médical de ce pays en pleine transformation.

- I - Après avoir précisé la période de notre séjour, nous avons d'abord présenté une étude succinote du milieu dans lequel s'est exercée notre activité; nous avons rapidement décrit la région, limite nord des Hauts - Plateaux Oranais, le climat, agréable compromis entre les climats méditerranéens et sahariens tempérés par l'altitude, pour nous attarder sur quelques considérations de géographie humaine et économique.

Dans ce cadre, nous avons successivement envisagé la population, le type racial, l'influence prépondérante de la religion, l'habitat qui oppose le nord, sédentaire et cultivateur, au sud, nomade et pasteur, enfin les ressources générales et le niveau de vie, dont le meilleur témoin est l'alimentation.

Nous avons noté le caractère exigü de ces ressources et tenté d'en rechercher les différentes causes : la stérilité relative de la terre et la sécheresse, les épizooties répétées, et surtout les facteurs économiques : la passion du jeu, l'usage outrancier du crédit, le sous-emploi d'une population qui se laisse déposséder de ses terres par un crédit trompeur, et qui, d'autre part, se refuse délibérément à les travailler elle-même. Ces ressources limitées, jointes à la rareté de marchés peu variés, entrainent une alimentation insuffisante et surtout déséquilibrée, avec prédominance anormale de la ration hydrocarbonée, et carence partielle en protides et légumes verts.

- II - Dans un deuxième chapitre, nous avons décrit le cadre personnel de notre action : la S.A.S. de WAGRAM, et énuméré les moyens insuffisants mais honnêtes mis à notre disposition.

- III - Nous avons ensuite tenté d'exposer le climat psychologique auquel notre activité se heurta. Après un bref résumé de quelques coutumes et us qu'il nous fallut respecter, nous avons insisté tout particulièrement sur la complexion si originale de l'indigène : tour à tour nonchalant et passif, enthousiaste et brutal, cet instable est avant tout un anxieux, qui tente de survivre aux temps de la "grande peur".

- IV - Nous avons énuméré ensuite successivement toutes les limites de notre activité, toutes les entraves que nous n'avons pu surmonter pour être constamment efficaces et pouvoir, d'autre part, présenter ici un travail scientifique. Le climat psychologique, la langue, l'insuffisance de personnel et de moyens, l'étendue du territoire dont nous avions la charge, notre isolement professionnel, la dureté des tournées médicales furent autant d'obstacles qui nous bornèrent toujours; un dernier élément enfin nous paralysa même parfois totalement : cette guerre si spéciale qui est partout et nulle part, qui s'insinue dans tous les foyers avec son cortège de méfiance, de soumission, d'anxiété permanente.

- V - Aux termes de ce tour d'horizon général, nous avons enfin abordé les problèmes proprement médicaux.

Après quelques réflexions sur nos résultats globaux, nous avons entrepris l'exposé successif des différentes affections rencontrées, en insistant, à propos de chacune d'elles, sur les éléments qui nous paraissent intéressants.

Trois groupes pathologiques s'imposent par leur fréquence :

1° - Le TRACHOME, qui atteint pratiquement toute la population sédentaire du Nord, et qui semble être l'épine irritative sur laquelle se greffent les nombreuses ophtalmies aigues saisonnières. Signalons la rareté relative de ce trachome dans le Sud nomade.

2° - Les AFFECTIONS DERMATOLOGIQUES sont dominées par la multiplicité et la fréquence des pyodermites locales et généralisées, particulièrement chez l'enfant, où elles évoluent sous forme de petites épidémies. Les phtiriases et les teignes ne sont pas rares.

3° - Les AFFECTIONS DIGESTIVES, pratiquement présentes chez tous, nous posèrent les problèmes les plus délicats, et nous obligèrent souvent à user du "test thérapeutique".

Après avoir souligné la fréquence de la maladie ulcéreuse et des syndromes dysentériques aigues, nous avons tenté d'individualiser deux colopathies chroniques en rapport, semble-t-il, l'une avec la dysalimentation à prédominance de farineux, l'autre avec un déséquilibre neuro-végétatif, sans avoir pu régler définitivement le rôle du parasitisme par des examens de selles répétés.

Nous avons ensuite successivement exposé :

- le problème de la tuberculose, qui demeure un fléau secondaire,

- les maladies infectieuses, rougeole et coqueluche en particulier, très contagieuses, dont les complications pulmonaires représentent, à notre avis, le principal facteur de la mortalité infantile élevée et déciment des douars entiers.

- les affections vénériennes : la gonococcie seule parait très répandue.

- le problème du paludisme, qui demeure inconnu, nous pouvons l'affirmer, dans cette région d'altitude.

- les différents aspects de la chirurgie et de l'obstétrique, que les circonstances nous ont révélés sous un jour très particulier, d'où la notion d'urgence est bannie.

- le syndrome psychique collectif : état névropathique auquel participent des éléments psychasthéniques, des impulsions, des anxiétés : pathologie mentale, qui se développe au contact de la guerre actuelle.

- quelques remarques nous furent possibles et parmi celles-ci, nous retiendrons trois cas d'ostéomalacie confirmée, dont nous avons tenté de rechercher les éléments étiologiques responsables d'une telle relative fréquence.

- enfin, après un bref aperçu des problèmes qui nous furent posés par la pratique de guerre : évacuation d'urgence, constat de décès,

- nous terminons notre exposé par quelques éléments de médecine locale nord-africaine.

A propos de certaines des affections rencontrées, nous avons souligné dans quelle mesure elles nous semblaient étroitement liées à la guerre actuelle : c'est le cas des affections digestives et mentales en particulier.

Enfin, sur le plan thérapeutique, nous nous sommes attachés à codifier le plus possible, après maints tâtonnements, des traitements types que nous avons mis en route parfois sans certitude de diagnostic, mais qui nous ont permis cependant, sur des terrains souvent vierges de médicaments, d'aboutir à certains résultats pratiques concrets.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le RECTEUR de l'ACADEMIE de PARIS :

J. S A R R A I L H

Le DOYEN de la FACULTE de MEDECINE de PARIS :

L. B I N E T

Le PRESIDENT de la THESE :

L. B R U M P T